

L.P. 5 marzo 2001, n. 7 ⁽¹⁾.

Riordinamento del Servizio Sanitario provinciale.

(1) Pubblicata nel B.U. Trentino-Alto Adige 20 marzo 2001, n. 12, II Suppl.

TITOLO I

Ordinamento del Servizio sanitario provinciale

Capo I

Norme generali sulle competenze

Art. 1

Finalità della legge.

1. La presente legge disciplina l'ordinamento del Servizio sanitario provinciale.
 2. La Provincia autonoma di Bolzano tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività tramite il Servizio sanitario provinciale costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati, nell'ambito della provincia, alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. Esso opera senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza degli aventi diritto, garantendone altresì la partecipazione.
 3. La Provincia autonoma di Bolzano persegue l'obiettivo di assicurare la massima qualità ed efficienza dei servizi sanitari.
 4. Per il raggiungimento dei summenzionati obiettivi la Provincia autonoma di Bolzano si avvale anche delle risorse del settore privato.
 5. Il Servizio sanitario provinciale favorisce, nel rispetto degli indirizzi della programmazione, l'apporto del volontariato operante in campo sociosanitario al raggiungimento delle proprie finalità.
-

Art. 2

Competenze della Giunta provinciale.

1. La Giunta provinciale esercita le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e vigilanza. Competono alla Giunta provinciale in particolare:

- a) l'approvazione del Piano sanitario provinciale che può prevedere linee programmatiche di sviluppo separate per ogni comprensorio sanitario;
- b) il potere di sostituire gli organi gestionali dell'azienda sanitaria nominati dalla Giunta provinciale;
- c) il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e la vigilanza sulle istituzioni e sui servizi sanitari privati;
- d) la costituzione e la nomina di organi collegiali in materia di prestazioni sanitarie e di igiene e sanità pubblica, eccetto quelli di competenza esclusiva dell'azienda sanitaria;
- e) la decisione sui ricorsi amministrativi in materia di sanità, che riguardano le prestazioni sanitarie, i contributi e gli atti amministrativi in materia di igiene e sanità pubblica ⁽²⁾;
- f) la fissazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta;
- g) l'adozione dei provvedimenti necessari per l'accreditamento e il controllo sugli accordi contrattuali stipulati dall'azienda sanitaria con i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie;
- h) l'assegnazione, in base alle esigenze, delle risorse finanziarie e immobiliari destinate al Servizio sanitario provinciale e all'azienda sanitaria;
- i) l'approvazione dei lavori di costruzione, ampliamento e ricostruzione dei beni immobili destinati al Servizio sanitario provinciale con vincolo di destinazione, la messa a disposizione dei medesimi all'azienda sanitaria e ad altri soggetti pubblici e privati nonché l'approvazione del programma sulle grandi apparecchiature elettromedicali;
- j) il controllo e l'analisi economico-finanziaria dell'impiego delle risorse destinate al Servizio sanitario provinciale in conformità agli obiettivi della programmazione sanitaria provinciale nonché la formulazione di linee guida per il finanziamento dei comprensori sanitari, tenuto anche conto della produzione dei medesimi;
- k) la promozione e la gestione diretta o attraverso la collaborazione con enti e istituzioni pubbliche e private di interventi in ambito sanitario relativi alla formazione di base, specialistica e continua; nell'ambito della formazione continua provvede agli interventi formativi di interesse provinciale;
- l) l'espressione dell'intesa di cui all'*articolo 15, comma 6, della legge provinciale 9 giugno 1998, n. 5*, e successive modifiche, per l'indizione della selezione dei dirigenti sanitari con incarico di direttore, limitatamente alla ripartizione proporzionale dei posti tra i tre gruppi linguistici, quale risulta dall'ultimo censimento generale della popolazione;
- m) la definizione delle modalità per la vigilanza e il controllo dell'azienda sanitaria nonché per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, prevedendo in questo caso le modalità della partecipazione degli enti locali;

n) l'individuazione delle procedure e delle modalità di verifica dei risultati complessivi dell'azienda sanitaria tramite l'impiego di idonei criteri di controllo gestionale e finanziario e della conformità degli stessi al Piano sanitario provinciale. ⁽³⁾

(2) Si veda la *Delib.G.P. 27 settembre 2010, n. 1601*.

(3) Articolo sostituito dall'*art. 1, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 3

Consulenti sanitari della Provincia ed altri consulenti.

1. L'amministrazione provinciale può avvalersi di personale sanitario per attività di consulenza, studio, ricerca, progettazione e programmazione connesse all'esercizio delle funzioni provinciali in materia di igiene e sanità.
 2. Per le finalità di cui al comma 1 viene messo a disposizione dell'amministrazione provinciale:
 - a) personale infermieristico e di riabilitazione del ruolo sanitario provinciale e personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;
 - b) personale medico del ruolo sanitario provinciale.
 3. Per le attività di cui al comma 1 l'amministrazione provinciale può avvalersi di esperti in programmazione sanitaria, statistica, informatica ed altre discipline eventualmente richieste per l'espletamento di specifiche attribuzioni in materia di sanità. Detti esperti possono essere messi a disposizione, scelti tra i dipendenti di altri enti pubblici ai sensi delle disposizioni vigenti o incaricati ed operano presso la Ripartizione sanità della Provincia.
 4. In caso di assenza superiore ai tre mesi il personale messo a disposizione può essere sostituito mediante supplenza.
 5. Le modalità connesse alla messa a disposizione del personale di cui al comma 2 e il relativo contingente sono stabilite dalla Giunta provinciale. Il personale conserva a tutti gli effetti lo stato giuridico, economico e previdenziale in godimento.
 6. La spesa per il personale messo a disposizione per un periodo superiore a due settimane è a carico del bilancio provinciale e comprende, oltre allo stipendio, le indennità e gli incentivi che all'interessato sarebbero spettati rimanendo in servizio presso la struttura di provenienza, nonché l'importo dei contributi e delle ritenute di legge sul trattamento economico dovuto.
-
-

Art. 4

Osservatorio epidemiologico provinciale.

1. L'osservazione epidemiologica è esercitata a livello provinciale dall'Osservatorio epidemiologico provinciale operante nell'ambito della Ripartizione sanità della Provincia con la finalità di promuovere, coordinare e diffondere l'informazione di natura epidemiologica e sanitaria, orientandola alle esigenze della programmazione e del controllo delle attività sanitarie.

2. Compete all'Osservatorio epidemiologico provinciale:

a) redigere la relazione annuale sulla situazione sanitaria provinciale, elaborando ed aggiornando periodicamente il sistema degli indicatori di controllo della qualità, dell'efficienza e di stato dei rapporti con i cittadini anche con riferimento ai costi ed ai benefici conseguiti;

b) attivare indagini per specifiche esigenze conoscitive ed effettuare controlli ed elaborazioni periodiche sui dati acquisiti a fini di sorveglianza e monitoraggio della situazione igienico-sanitaria in provincia;

c) promuovere la cultura epidemiologica con particolare riferimento agli aspetti metodologico-statistici e all'introduzione di nuove procedure informative;

d) distribuire in forma programmata o su richiesta dati selezionati ed elaborati ai competenti organi decisionali e fornire consulenza in campo statistico-epidemiologico a soggetti del Servizio sanitario provinciale;

e) progettare, coordinare e supervisionare le attività inerenti al sistema informativo sanitario provinciale secondo modalità e criteri da definire in appositi regolamenti provinciali ⁽⁴⁾.

[3. Gli enti, gli uffici e le strutture pubbliche e private convenzionate nonché i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, per le prestazioni oggetto di convenzione, sono tenuti a rendere disponibili, secondo le modalità e le tecnologie definite in appositi regolamenti provinciali ai sensi dell'articolo 22, comma 3-bis, della *L. 31 dicembre 1996, n. 675*, e successive modifiche, i dati, anche personali, comuni e sensibili, sanitari, ambientali e gestionali di cui sono in possesso.] ⁽⁵⁾.

4. Per lo svolgimento dei compiti di cui al comma 2 l'amministrazione provinciale è autorizzata a stipulare convenzioni con esperti esterni all'amministrazione, con università e con istituti specializzati.

5. Il trattamento dei dati sanitari personali deve svolgersi nel rispetto della vigente normativa sulla tutela delle persone e di altri soggetti.

(4) Si veda la *Delib.G.P. 26 novembre 2001, n. 4221*.

(5) Comma sostituito dall'*art. 34 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*, ora abrogato dall'*art. 26 della L.P. 28 luglio 2003, n. 12*.

Art. 4-bis

Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica.

1. Presso la Ripartizione provinciale Sanità è istituita la commissione conciliativa per le questioni di responsabilità medica.
2. La commissione conciliativa è competente per tutti i casi in cui un paziente ritiene che la propria salute sia stata danneggiata da un errore nella diagnosi o nella terapia. La commissione conciliativa è inoltre competente per tutti i casi in cui si sostiene che il danno alla salute è una conseguenza dell'omessa o irregolare informazione.
3. La commissione conciliativa è organo indipendente. Essa è nominata dalla Giunta provinciale per la durata di tre anni ed è composta da:
 - a) un giudice, anche a riposo, con funzioni di presidente, scelto tra una terna di nominativi proposta dal Presidente del Tribunale di Bolzano;
 - b) un medico legale iscritto nell'elenco dei consulenti tecnici medico-legali presso il tribunale, scelto tra una terna di nominativi proposta dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bolzano;
 - c) un laureato in giurisprudenza con conoscenze in materia di responsabilità medica, scelto tra una terna di nominativi proposta dall'Ordine degli avvocati di Bolzano.
4. La Giunta provinciale nomina per ogni componente della commissione, per il caso di assenza o impedimento, un componente supplente, scelto tra una terna di nominativi proposta rispettivamente dal Presidente del Tribunale di Bolzano, dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bolzano nonché dall'Ordine degli avvocati di Bolzano.
5. Alla scadenza del mandato, i componenti della commissione possono essere riconfermati, se nuovamente proposti ai sensi del comma 3.
6. La commissione conciliativa può in casi particolarmente complessi acquisire la perizia di un consulente tecnico esterno, iscritto preferibilmente nell'elenco dei consulenti tecnici medico-legali presso il tribunale.
7. La Provincia, le aziende sanitarie nonché tutte le aziende ed enti dipendenti dalla Provincia devono collaborare, su richiesta, con la commissione conciliativa.
8. La commissione conciliativa formula all'unanimità e per iscritto la sua proposta di conciliazione e la propone alle parti come contenuto di una transazione stragiudiziale.
9. Con regolamento di esecuzione sono disciplinati l'ulteriore organizzazione della commissione conciliativa, il procedimento davanti alla commissione conciliativa nonché l'indennità spettante ai componenti della commissione e ai consulenti tecnici esterni. ⁽⁶⁾

(6) Articolo aggiunto dall'*art. 15, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10*. Si veda, in attuazione del presente articolo, il *D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11*.

Art. 4-ter

Costituzione della fondazione "Vital".

1. La Provincia autonoma di Bolzano istituisce la fondazione "Vital", quale persona giuridica di diritto privato.
2. La fondazione di cui al comma 1 svolge la sua attività sul territorio della provincia di Bolzano e acquista la personalità giuridica con l'iscrizione nel registro provinciale delle persone giuridiche.
3. La fondazione di cui al comma 1, supportando, pianificando ed eseguendo progetti innovativi in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, la legislazione nazionale e provinciale in materia di sanità e servizio sociale, il Piano sanitario provinciale, il Piano sociale provinciale nonché in base alle direttive emanate dalla Provincia, persegue lo scopo di promuovere nell'ambito della promozione della salute uno stile di vita sano della popolazione della provincia di Bolzano.
4. La Giunta provinciale approva lo statuto della fondazione di cui al comma 1, nel quale sono, tra l'altro, disciplinati anche gli organi e il funzionamento della fondazione nonché le modifiche allo statuto.
5. Il capitale della fondazione è fissato in 60.000,00 euro. Dopo l'approvazione del programma annuale e del bilancio preventivo della fondazione, la Giunta provinciale le assegna i fondi necessari per la sua amministrazione, gestione e attività. La Giunta provinciale è autorizzata inoltre a mettere gratuitamente a disposizione della fondazione locali nonché l'attrezzatura e l'arredamento^{(7) (8)}.

(7) Comma così sostituito dall'*art. 43, comma 1, L.P. 9 aprile 2009, n. 1.*

(8) Articolo aggiunto dall'*art. 16, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10.*

Art. 4-quater

Medicina non convenzionale.

1. La Giunta provinciale, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale, definisce nel Piano sanitario provinciale le procedure per integrare la medicina non convenzionale nel complesso degli interventi per la salute.⁽⁹⁾

(9) Articolo aggiunto dall'*art. 11, comma 1, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6.*

Art. 5

Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano.

1. È istituita l'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano, di seguito denominata azienda sanitaria, quale ente strumentale della Provincia autonoma di Bolzano per il conseguimento dei suoi fini istituzionali. L'azienda sanitaria è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale.

2. L'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dalla Giunta provinciale. Il Direttore generale dell'azienda sanitaria provvede a predisporre la proposta di atto aziendale da sottoporre all'approvazione della Giunta provinciale. L'atto aziendale è adottato dal Direttore generale entro i dieci giorni successivi all'approvazione da parte della Giunta provinciale. L'atto aziendale, nel rispetto di quanto stabilito agli articoli 2, 9, 11, 12-bis, 12-ter, 12-quater, 12-quinqües e 14, definisce in particolare l'assetto organizzativo dell'azienda sanitaria e delle strutture sanitarie che in essa operano, in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali presenti nei singoli comprensori sanitari con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.

3. L'azienda sanitaria assume le attribuzioni previste per le aziende sanitarie dalla normativa vigente, nonché quelle contenute nel Piano sanitario provinciale. In particolare a essa competono l'attuazione del Piano sanitario provinciale, la tutela della salute dei cittadini in conformità agli standard prefissati dalle disposizioni vigenti, l'erogazione in forma diretta delle prestazioni di assistenza sanitaria e il rimborso delle spese sostenute per quelle usufruite in forma indiretta, applicando di norma il sistema delle tariffe predeterminate.^{(10) (11)}

(10) Articolo sostituito dall'*art. 2, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(11) Si veda la *Delib.G.P. 18 dicembre 2006, n. 4830.*

Art. 6

Competenza territoriale e denominazione delle aziende sanitarie.

[1. Le aziende sanitarie operano negli ambiti territoriali di competenza e si suddividono in distretti secondo i bacini di utenza determinati dalle disposizioni vigenti.

2. Le aziende sanitarie assumono le seguenti denominazioni:

a) "Azienda sanitaria di Bolzano", che opera nell'ambito territoriale dei comuni di Aldino, Andriano, Anterivo, Appiano sulla Strada del Vino, Bolzano, Bronzolo, Caldaro sulla Strada del

Vino, Castelrotto, Cornedo all'Isarco, Cortaccia sulla Strada del Vino, Cortina sulla Strada del Vino, Egna, Fiè allo Sciliar, Laives, Magrè sulla Strada del Vino, Meltina, Montagna, Nalles, Nova Levante, Nova Ponente, Ora, Urtijèi - Ortisei, Renon, Salorno, S. Cristina Gherdëina-Santa Cristina Val Gardena, San Genesio, Sarentino, Sëlva Gherdëina-Selva di Val Gardena, Terlano, Termeno sulla Strada del Vino, Tires, Trodena, Vadena;

b) "Azienda sanitaria di Merano", che opera nell'ambito territoriale dei comuni di Avelengo, Caines, Castebello-Ciardes, Cermes, Curon Venosta, Gargazzone, Glorenza, Laces, Lagundo, Lana, Lasa, Lauregno, Malles Venosta, Marlengo, Martello, Merano, Moso in Passiria, Naturno, Parcines, Plaus, Postal, Prato allo Stelvio, Provè, Rifiano, San Leonardo in Passiria, San Martino in Passiria, San Pancrazio, Scena, Senale-San Felice, Senales, Silandro, Sluderno, Stelvio, Tesimo, Tirolo, Ture, Ultimo, Verano;

c) "Azienda sanitaria di Bressanone", che opera nell'ambito territoriale dei comuni di Barbiano, Brennero, Bressanone, Campo di Trens, Chiusa, Fortezza, Funes, Laion, Luson, Naz-Sciaves, Ponte Gardena, Racines, Rio di Pusteria, Rodengo, Val di Vizze, Vandoies, Varna, Velturno, Villandro, Vipiteno;

d) "Azienda sanitaria di Brunico", che opera nell'ambito territoriale dei comuni di Badia-Badia, Braies, Brunico, Campo Tures, Chienes, Corvara-Corvara, Dobbiaco, Falzes, Gais, La Val-La Valle, Mareo-Marebbe, Monguelfo, Perca, Predoi, Rasun-Anterselva, San Candido, San Lorenzo di Sebato, S. Martin de Tor-San Martino in Badia, Selva dei Molini, Sesto, Terento, Valdaora, Valle Aurina, Valle di Casies, Villabassa.]⁽¹²⁾

(12) Articolo abrogato dall'art. 33, comma 1, lett. cc), della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

TITOLO I

Ordinamento del Servizio sanitario provinciale

Capo II

Ordinamento e funzionamento dell'azienda sanitaria⁽¹³⁾

Art. 7

Organi dell'azienda sanitaria.⁽¹⁴⁾

1. Sono organi dell'azienda sanitaria il Direttore generale e il Collegio dei revisori dei conti.

(13) Rubrica sostituita dall'art. 3, comma 1, della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(14) Rubrica sostituita dall'art. 4, comma 1, della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 8
Direttore generale.

1. Il Direttore generale è nominato previo avviso da pubblicarsi, almeno 30 giorni prima, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige.
2. Ai fini della nomina, all'atto della presentazione della domanda, i candidati devono non aver superato il sessantacinquesimo anno di età, essere in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti attestanti esperienza almeno quinquennale di attività professionale di direzione tecnica o amministrativa presso enti, aziende e strutture pubbliche o private. La domanda deve contenere la dichiarazione del candidato di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui ai commi 9 e 11 dell'*articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche.
3. Oltre ai requisiti di cui al comma 2, è richiesto il possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca per il diploma di laurea di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1976, n. 752*, e successive modifiche.
4. Il Direttore generale nominato deve produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati anche dall'assessorato competente, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati, operanti nel campo della formazione manageriale secondo la disciplina vigente di settore.
5. Alla nomina provvede la Giunta provinciale, entro il termine di 60 giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Qualora la nomina non sia possibile, con provvedimento motivato dalla eccezionalità del caso è nominato un commissario straordinario con pieni poteri.

Art. 9
Attribuzioni del Direttore generale.

1. Il Direttore generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda sanitaria e gli spettano i poteri di rappresentanza della stessa. In particolare egli è responsabile:
 - a) della redazione e dell'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 5, comma 2, previo confronto con le organizzazioni sindacali;
 - b) della definizione degli obiettivi e dei programmi aziendali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria provinciale, con indicazione delle relative priorità e individuazione delle risorse necessarie al loro conseguimento, nonché dell'adozione degli atti di amministrazione di

natura strategica, soggetti ad approvazione della Giunta provinciale, secondo quanto previsto dalla normativa provinciale in materia;

c) della negoziazione del budget aziendale con la Provincia;

d) del programma operativo annuale e del budget, articolato anche a livello comprensoriale;

e) della negoziazione e definizione degli obiettivi annuali con il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore tecnico-assistenziale;

f) della negoziazione e definizione degli obiettivi annuali con i Direttori di comprensorio sanitario;

g) della negoziazione e assegnazione delle risorse ai comprensori sanitari, nel rispetto delle direttive provinciali;

h) dell'adozione di atti regolamentari e di indirizzo;

i) della definizione dei servizi, delle attività nonché delle procedure aventi rilevanza aziendale o comunque sovraprensoriale, conformemente alla programmazione provinciale;

j) della gestione e del coordinamento dei servizi amministrativi, tecnici e professionali con valenza provinciale e dei servizi aziendali, in quanto non delegati ai comprensori sanitari;

k) della garanzia dell'uniformità delle procedure dell'azienda sanitaria;

l) delle decisioni in merito alla partecipazione a società a capitale misto pubblico e privato;

m) della sottoscrizione di contratti collettivi integrativi di lavoro a livello aziendale;

n) dell'esercizio delle funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi aziendali programmati;

o) della nomina del Consiglio dei sanitari;

p) dell'autorizzazione alla stipulazione di contratti attivi e relativi a lavori, forniture e servizi aventi valenza comprensoriale di durata superiore a tre anni;

q) della nomina del nucleo di valutazione;

r) della nomina, del rinnovo e della revoca del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore tecnico-assistenziale, sentita la Giunta provinciale;

s) della proposta alla Giunta provinciale relativa alla nomina, al rinnovo e alla revoca dei Direttori di comprensorio sanitario;

t) delle nomine, revoche e atti analoghi attribuitigli dalle disposizioni vigenti.

2. Il Direttore generale è coadiuvato dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario e dal Direttore tecnico-assistenziale.

3. Il Direttore generale deve motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dal Direttore tecnico-assistenziale e dal Consiglio dei sanitari. È responsabile degli atti compiuti nell'esercizio delle sue funzioni e risponde personalmente ai sensi delle disposizioni vigenti in materia. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di legittima assenza o di impedimento del Direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore amministrativo o dal Direttore sanitario, su delega del Direttore generale, o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano di età. Nel caso che l'assenza del Direttore generale si protragga ininterrottamente per oltre 180 giorni va dato avvio alle procedure per la sua sostituzione.

4. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, entro il mese di marzo di ciascun anno, il Direttore generale procede alla verifica dei risultati conseguiti dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dal Direttore tecnico-assistenziale nonché dai Direttori di comprensorio sanitario. In caso di valutazione negativa può revocare la rispettiva nomina del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore tecnico-assistenziale, sentita la Giunta provinciale, o proporre alla Giunta provinciale la revoca del Direttore di comprensorio sanitario.⁽¹⁵⁾

(15) Articolo sostituito dall'*art. 5, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 10

Rapporto di lavoro del Direttore generale.

1. Il rapporto di lavoro del Direttore generale è regolato con apposito contratto di lavoro di diritto privato a termine, le cui clausole sono fissate dalla Giunta provinciale, tenuto conto dei livelli remunerativi del settore. Circa i casi di incompatibilità ed ineleggibilità del Direttore generale, si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 3, commi 9 e 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche. I dipendenti pubblici nominati sono collocati in aspettativa secondo le vigenti disposizioni statali, ferma restando la possibilità di optare per il mantenimento del trattamento economico in godimento. La durata del rapporto non può essere inferiore a tre e non superiore a cinque anni, ma in caso di valutazione assolutamente positiva e continua del raggiungimento degli obiettivi il contratto può essere rinnovato.

2. La Giunta provinciale determina i principi generali, gli obiettivi e i criteri di valutazione dell'attività del Direttore generale.⁽¹⁶⁾

3. La Giunta provinciale, nei casi di grave disavanzo o di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, accertati dagli organi di controllo, o nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 2, da verificare entro il mese di maggio dell'anno che segue quello di riferimento, sentito l'interessato, dichiara la decadenza del Direttore generale dall'incarico e risolve il contratto di lavoro.⁽¹⁷⁾

4. La nomina a Direttore generale determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro 60 giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati

sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'*articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181*, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'azienda sanitaria interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

(16) Comma sostituito dall'*art. 6, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(17) Comma sostituito dall'*art. 6, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 11

Nomina, rapporto di lavoro e competenze del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario.

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario partecipano, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono alla formazione delle decisioni della direzione generale, con la formulazione di proposte e di pareri in ordine alla pianificazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle materie ricomprese nelle aree di rispettiva competenza.⁽¹⁸⁾

2. Il Direttore amministrativo deve essere in possesso di laurea in discipline giuridiche od economiche, non deve aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età, deve aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende o strutture pubbliche o private e deve produrre il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

3. Il Direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'azienda sanitaria.

4. Qualora il Direttore generale dell'azienda sanitaria provenga da strutture a carattere non sanitario, il Direttore amministrativo va scelto fra persone provenienti da enti o strutture a carattere sanitario⁽¹⁹⁾

5. Il Direttore sanitario è un medico che non deve aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e che abbia conseguito l'attestato di formazione manageriale per l'area di sanità pubblica.

6. Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di sua competenza, fatte salve le competenze del Direttore tecnico-assistenziale di cui all'articolo 12-bis.⁽²⁰⁾

7. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario devono essere in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca per il diploma di laurea di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1976, n. 752*, e successive modifiche.

8. Il rapporto di lavoro del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario è regolato con apposito contratto di lavoro di diritto privato a termine, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, le cui clausole sono fissate dalla Giunta provinciale, tenuto conto della complessità e delle responsabilità connesse con l'espletamento dell'incarico, nonché dei livelli retributivi del settore sanitario. Qualora si tratti di dipendenti di pubbliche amministrazioni valgono le disposizioni di cui all'articolo 10, comma 4. Circa i casi di incompatibilità e di ineleggibilità del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario, si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 3, commi 9 e 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche.

9. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono dichiarati decaduti dal proprio incarico nei casi di grave disavanzo o di violazioni di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

10. L'incarico del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario cessa entro tre mesi dalla nomina del nuovo Direttore generale e può essere rinnovato.

11. Il Direttore generale nomina con proprio provvedimento il sostituto del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario, che fa le veci del titolare ogni qualvolta questo sia assente o impedito e che esercita la reggenza della struttura dirigenziale in caso di vacanza e fino alla nomina del nuovo Direttore amministrativo e sanitario.

[12. La funzione di Vicedirettore amministrativo e di Vicedirettore sanitario è di norma affidata al dirigente amministrativo ed al dirigente sanitario del presidio ospedaliero più rilevante.] ⁽²¹⁾

13. La Giunta provinciale determina l'indennità spettante per lo svolgimento delle funzioni di Vicedirettore amministrativo e di Vicedirettore sanitario.

(18) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(19) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(20) Comma sostituito dall'*art. 7, comma 3, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(21) Comma abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 12 *Appartenenza linguistica.*

1. I posti di Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Direttore tecnico-assistenziale da un lato e quelli di Direttore di comprensorio sanitario dall'altro costituiscono due categorie a sé stanti e sono riservati a cittadini appartenenti a ciascuno dei tre gruppi linguistici in rapporto alla consistenza dei gruppi stessi, quale risulta dalle dichiarazioni rese nell'ultimo censimento generale della popolazione, con riferimento all'ambito territoriale provinciale ⁽²²⁾.

(22) Articolo sostituito dall'art. 35 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14 e ora così sostituito dall'art. 8, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.

(giurisprudenza)

Art. 12-bis

Dirigenza tecnico-assistenziale.

1. Il Direttore tecnico-assistenziale è scelto tra persone che, oltre ad essere in possesso della laurea magistrale delle professioni sanitarie e dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di laurea, abbiano un'esperienza professionale di almeno cinque anni. Al Direttore tecnico-assistenziale si applica l'articolo 11, commi 1, 8, 9, 10, 11 e 13.
 2. Il Direttore tecnico-assistenziale, avvalendosi dei dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori di cui al comma 4, gestisce il personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione nonché il personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza nella relativa attività, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità e della collaborazione interdisciplinare e del lavoro di équipe.
 3. In ogni comprensorio sanitario sono inoltre previsti almeno un dirigente tecnico-assistenziale per ogni presidio ospedaliero e un dirigente tecnico-assistenziale per l'area territoriale. Può altresì essere previsto un dirigente tecnico-assistenziale per il personale tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione.
 4. Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento a uno dei dirigenti tecnico-assistenziali operanti nel singolo comprensorio sanitario. Nei comprensori sanitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico può essere affidato anche a tempo pieno. Nei confronti dei citati dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori da esso funzionalmente dipendenti il Direttore tecnico-assistenziale svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto, promuovendo la collaborazione e l'integrazione della rispettiva area territoriale con il presidio ospedaliero o i presidi ospedalieri.
 5. Il dirigente tecnico-assistenziale, nell'ambito dell'area territoriale e del presidio ospedaliero, ha funzione di organizzazione e gestione del personale infermieristico nonché del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, della prevenzione e del personale ausiliario e tecnico addetto all'assistenza. Il dirigente tecnico-assistenziale esercita inoltre la funzione di organizzazione e gestione dei relativi processi di lavoro.
 6. L'incarico di dirigente tecnico-assistenziale viene conferito in base a una pubblica selezione, alla quale sono ammessi sia coloro che sono in possesso dei requisiti previsti dalla rispettiva normativa sia coloro che hanno frequentato un corso, organizzato dalla Provincia autonoma di Bolzano o da un istituto pubblico o privato riconosciuto in Italia o all'estero, in tecniche organizzative e manageriali in ambito sanitario, con superamento di un esame finale. L'accesso alla selezione è subordinato al possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca, previsto per il diploma di istituto di istruzione secondaria di secondo grado.^{(23) (24)}
-

(23) Articolo aggiunto dall'art. 36 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14 e ora così sostituito dall'art. 9, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.

(24) La Corte costituzionale, con sentenza 13-28 dicembre 2006, n. 449 (Gazz. Uff. 3 gennaio 2007, n. 1 - prima serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui consente l'accesso alla pubblica selezione per il conferimento dell'incarico di dirigente tecnico-assistenziale anche a coloro che hanno frequentato un corso, organizzato dalla Provincia Autonoma di Bolzano o da un istituto pubblico o privato riconosciuto in Italia o all'estero, in tecniche organizzative e manageriali in ambito sanitario, con superamento di un esame finale.

Art. 12-ter

Comprensori sanitari e distretti.

1. L'azienda sanitaria è suddivisa al suo interno in quattro comprensori sanitari che ne costituiscono le articolazioni periferiche e che assumono le seguenti denominazioni:

- a) Comprensorio sanitario di Bolzano;
- b) Comprensorio sanitario di Merano;
- c) Comprensorio sanitario di Bressanone;
- d) Comprensorio sanitario di Brunico.

2. La Giunta provinciale definisce gli ambiti territoriali dei comprensori sanitari. I comprensori a loro volta si suddividono in distretti secondo i bacini di utenza determinati dalle disposizioni vigenti.

3. Ai comprensori sanitari sono attribuite le funzioni che possono essere meglio gestite a livello locale. Le stesse sono individuate nell'atto aziendale.

4. Ogni comprensorio sanitario, fatte salve le competenze del Direttore generale, deve rispettare la programmazione provinciale, l'atto aziendale e la programmazione strategica aziendale. Entro questi limiti il comprensorio sanitario:

- a) è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria;
 - b) è soggetto a rendicontazione analitica, con contabilizzazione separata all'interno del bilancio dell'azienda sanitaria;
 - c) dà corso alle procedure e agli atti finalizzati all'instaurazione con terzi dei rapporti giuridici aventi valenza comprensoriale;
 - d) provvede alla gestione diretta dei relativi rapporti procedendo all'utilizzazione dei fattori produttivi e delle risorse.⁽²⁵⁾
-

(25) Articolo aggiunto dall'*art. 10, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 12-quater

Compiti del direttore di comprensorio sanitario.

1. Nel rispetto della programmazione provinciale, dell'atto aziendale, della programmazione strategica aziendale e fatte salve le competenze del Direttore generale, il Direttore di comprensorio sanitario ha la competenza ed è responsabile dell'attuazione degli indirizzi e delle direttive della Direzione generale nonché della programmazione e della gestione operativa del relativo ambito territoriale, e in particolare:

- a) dell'integrazione fra i servizi sanitari del comprensorio sanitario e i servizi socio-sanitari;
- b) del coordinamento complessivo dei servizi sanitari e dei servizi amministrativi, tecnici e professionali del comprensorio sanitario;
- c) della rilevazione, dell'orientamento e della valutazione della domanda sanitaria e socio-sanitaria, della verifica del grado di soddisfacimento della stessa nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti anche a livello aziendale, nonché della garanzia dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari nel comprensorio sanitario attraverso un sistema integrato e del rispetto dei tempi di attesa definiti a livello provinciale e aziendale;
- d) della gestione del budget assegnato al singolo comprensorio sanitario e della negoziazione con i responsabili delle relative unità organizzative in termini di obiettivi, di attività e di risorse;
- e) della valutazione comparativa dei costi e dei risultati attraverso il controllo di gestione;
- f) della nomina dei responsabili di struttura semplice e dei direttori d'ufficio del comprensorio sanitario;
- g) dell'espressione dell'intesa con il Direttore generale di cui all'articolo 48, commi 3, 7, 8, 9 e 10, all'articolo 12-bis, comma 4, e all'articolo 14, commi 5 e 6, nonché per il conferimento dell'incarico di direttore di dipartimento e direttore di ripartizione del comprensorio sanitario;
- h) dell'assunzione nel comprensorio sanitario, nei limiti delle risorse assegnate, del personale dipendente, a contratto o convenzionato;
- i) della gestione del sistema di valutazione dei dirigenti del comprensorio sanitario;
- j) della predisposizione delle graduatorie permanenti e per esigenze contingenti e dell'espletamento dei concorsi e delle procedure di selezione a livello di comprensorio sanitario, avvalendosi delle apposite strutture di cui al comma 2;
- k) della gestione del personale in servizio presso il comprensorio sanitario sulla base degli indirizzi aziendali;

l) della stipulazione di accordi sindacali sulle materie di valenza comprensoriale demandate dalla contrattazione collettiva aziendale;

m) delle procedure relative a forniture e servizi aventi valenza comprensoriale e delle stesse procedure aventi valenza aziendale, il cui espletamento viene assegnato al comprensorio sanitario;

n) delle attività di cui all'articolo 16, comma 3, numero 9), della *legge provinciale 2 gennaio 1981*,

n. 1, e successive modifiche, dei lavori di cui all'articolo 2, comma 1, lettera i), delegati dalla Giunta provinciale, nonché della gestione del patrimonio e della sicurezza a livello comprensoriale;

o) della implementazione, manutenzione e assistenza dei sistemi informativi aventi valenza comprensoriale;

p) di ogni altra funzione delegata dal Direttore generale.

2. Per l'espletamento delle funzioni di cui al comma 1, il Direttore del comprensorio sanitario si avvale delle strutture specifiche all'uopo preposte.

3. Il Direttore di comprensorio sanitario è il diretto superiore del coordinatore dei Direttori medici, del coordinatore dei dirigenti tecnico-assistenziali e del coordinatore dei dirigenti amministrativi del comprensorio sanitario.⁽²⁶⁾

(26) Articolo aggiunto dall'*art. 10, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 12-quinquies

Nomina del Direttore di comprensorio sanitario.

1. Il Direttore di comprensorio sanitario è nominato dalla Giunta provinciale su proposta del Direttore generale dell'azienda sanitaria. Si applicano l'articolo 8, comma 1, nonché l'articolo 11, commi 8, 9 e 10.

2. Salvo quanto previsto dagli articoli 65 e 69, i Direttori di comprensorio sanitario devono essere in possesso dei requisiti di cui all'articolo 8, commi 2, 3 e 4.

3. Il Direttore di comprensorio sanitario, nell'esercizio delle proprie funzioni, risponde dell'operato direttamente al Direttore generale. In caso di mancato rispetto, da parte del Direttore di comprensorio sanitario, della programmazione provinciale, dell'atto aziendale nonché della programmazione strategica aziendale, la Giunta provinciale, su proposta del Direttore generale e sentito l'interessato, ne dichiara la decadenza e risolve il relativo contratto di lavoro⁽²⁷⁾.

(27) Articolo aggiunto dall'*art. 10, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 13

Collegio dei revisori dei conti.

1. Il collegio dei revisori dei conti è composto da tre a cinque membri, nominati dalla Giunta provinciale e scelti fra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dalla vigente normativa. La composizione deve adeguarsi alla consistenza dei gruppi linguistici esistenti a livello provinciale, quale risulta dall'ultimo censimento generale della popolazione. ⁽²⁸⁾
2. Il collegio resta in carica cinque anni; i membri possono essere riconfermati. Ai membri del collegio spetta un'indennità mensile lorda e il rimborso delle spese di viaggio, ove spettanti, nella misura stabilita dalla Giunta provinciale.
3. Il presidente è eletto dal collegio stesso. Per la validità delle adunanze è necessaria la presenza di almeno due membri. Al fine dell'esercizio delle funzioni di loro competenza i membri del collegio possono prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili e chiedere notizie al Direttore generale su tutti gli affari concernenti l'azione amministrativa.
4. Il collegio si riunisce almeno una volta al mese presso la sede amministrativa dell'azienda sanitaria. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.
5. Il collegio vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolarità della contabilità e la tenuta dei registri contabili nonché la rispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze delle scritture contabili. Esamina il bilancio preventivo e redige apposita relazione esponendo, se del caso, le proprie osservazioni. Il collegio, inoltre, riferisce almeno annualmente alla Giunta provinciale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria alla conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali nonché al rappresentante del Consiglio dei comuni di cui all'articolo 20, comma 3. ⁽²⁹⁾

(28) Comma sostituito dall'*art. 11, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(29) Comma sostituito dall'*art. 11, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 14

Organizzazione interna dell'azienda sanitaria.

1. L'organizzazione interna dell'azienda sanitaria deve garantire il massimo dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, l'economicità della gestione nonché il rispetto dei diritti dell'utente. L'azienda sanitaria, con atto del Direttore generale, predispone la "Carta dei servizi" e istituisce

l'ufficio relazioni con il pubblico con sezioni distaccate in ogni comprensorio sanitario, l'ufficio relazioni con il personale e i sindacati, nonché la commissione mista conciliativa, sulla base delle direttive della Giunta provinciale.

2. L'azienda sanitaria è strutturata nel settore sanitario e nel settore amministrativo.

3. Il settore sanitario in ogni comprensorio sanitario è articolato nell'area territoriale e in uno o più presidi ospedalieri.

4. Allo scopo di migliorare la qualità ed efficienza dei servizi sanitari, l'azienda sanitaria istituisce i dipartimenti che costituiscono il modello ordinario di gestione operativa dell'azienda sanitaria e la cui struttura organizzativa è disciplinata in base alle direttive emanate dalla Giunta provinciale.

5. A ciascuna area territoriale e a ciascun presidio ospedaliero è preposto un Direttore medico, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12-bis, commi 3 e 4. Il Direttore medico dell'area territoriale deve essere in possesso dei requisiti per accedere alla funzione di direttore per la disciplina "Organizzazione dei servizi sanitari di base". Nei comprensori sanitari il Direttore dell'area territoriale può essere scelto anche tra i Direttori medici di un'unità operativa della corrispondente area, tenuto conto dell'esperienza professionale e gestionale acquisita. Il Direttore medico di presidio ospedaliero deve essere in possesso dei requisiti per l'accesso alla funzione di direttore per la disciplina "Direzione medica di presidio ospedaliero". Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento a uno dei Direttori medici operanti nel singolo comprensorio sanitario, che conserva la titolarità di Direttore medico di area territoriale o di presidio ospedaliero. Nei comprensori sanitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico può essere affidato anche a tempo pieno ad un dirigente medico con incarico di direttore. Il direttore sanitario, nei confronti dei citati direttori medici coordinatori da esso funzionalmente dipendenti, svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto, promuovendo la collaborazione e l'integrazione della rispettiva area territoriale con il presidio ospedaliero o i presidi ospedalieri ⁽³⁰⁾.

6. Il settore amministrativo viene disciplinato dalla *legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*, e successive modifiche. Il Direttore generale, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario, conferisce incarico di coordinamento ad un dirigente amministrativo operante nel singolo comprensorio sanitario. Nei comprensori sanitari con popolazione superiore a 150.000 abitanti tale incarico può essere affidato anche a tempo pieno. Nei confronti dei citati dirigenti amministrativi coordinatori da esso funzionalmente dipendenti il Direttore amministrativo svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto.

7. Il Piano sanitario provinciale individua i servizi specialistici aziendali.

8. Il collegio dei Direttori di comprensorio sanitario ha funzioni consultive e propositive nei confronti del Direttore generale in materia di programmazione e valutazione delle attività socio-sanitarie. ⁽³¹⁾

(30) Comma così sostituito dall'*art. 43, comma 1, L.P. 10 giugno 2008, n. 4*.

(31) Articolo sostituito dall'*art. 12, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 15

Rilevamento della produttività e dell'efficienza dell'amministrazione.

1. L'articolo 16 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, "Riordinamento della struttura dirigenziale amministrativa, tecnica e professionale delle aziende speciali unità sanitarie locali", è così sostituito:

...⁽³²⁾.

(32) Testo riportato in modifica alla *L.P. 4 gennaio 2000, n. 1*.

Art. 16

Controlli.

1. L'azienda sanitaria, in sintonia ed eventualmente ad integrazione delle direttive stabilite dalla Giunta provinciale, attiva un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese, che tiene anche conto:

- a) della validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
- b) della necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
- c) dell'appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione dell'assistenza;
- d) dei risultati finali dell'assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi. Nella valutazione devono essere coinvolti gli interessati.

2. Il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresenta elemento di verifica per la conferma degli incarichi al Direttore generale e ai Direttori di comprensorio sanitario nonché per la corresponsione di eventuali incentivi di risultato che fossero previsti per il personale con funzioni dirigenziali dipendente dall'azienda sanitaria.⁽³³⁾

(33) Articolo sostituito dall'*art. 13, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 17
Presidi ospedalieri.

1. Gli attuali ospedali costituiscono la rete dei presidi ospedalieri pubblici e sono strutture dell'azienda sanitaria. Essi svolgono compiti di assistenza ospedaliera secondo le disposizioni di legge, di regolamento e le indicazioni e direttive contenute anche nel Piano sanitario provinciale e hanno autonomia tecnico-funzionale nei limiti dei criteri stabiliti dalla Giunta provinciale nell'ambito della programmazione sanitaria provinciale.⁽³⁴⁾
2. Il grado di specializzazione dei presidi ospedalieri, la loro articolazione in unità operative ed aree omogenee, le forme di organizzazione dipartimentale infra- ed interospedaliera, anche integrata con i servizi territoriali, nonché il numero di posti letto da adibire all'assistenza in regime di degenza ed a ciclo diurno sono definiti dal Piano sanitario provinciale e relativi provvedimenti di attuazione.
3. Il Piano sanitario provinciale prevede gli standard di utilizzazione delle strutture ospedaliere e la quota parte dei posti letto da riservare alla riabilitazione e alla lungodegenza postacuzie.
4. [Ad ogni presidio ospedaliero è preposto un dirigente amministrativo, al quale si applicano le disposizioni di cui alla *legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*]⁽³⁵⁾.
5. Ad ogni presidio ospedaliero è preposto altresì un direttore medico. Questi è responsabile delle funzioni igienistiche, medico-legali, organizzative, gestionali, di sviluppo della qualità, con particolare riferimento al coordinamento delle unità operative e delle strutture dipartimentali sanitarie⁽³⁶⁾.
6. [Il direttore medico opera conformemente agli indirizzi posti dal Direttore sanitario]⁽³⁷⁾.
7. [Per accedere al posto di dirigente amministrativo devono essere rispettate le disposizioni di cui all'*articolo 7 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*]⁽³⁸⁾.
8. Per accedere al posto di direttore medico ospedaliero devono essere rispettati i requisiti fissati dal *Decreto del Presidente della Giunta provinciale 23 aprile 1998, n. 12*, salvo quanto stabilito in via transitoria dall'articolo 14, comma 5.
- [9. Alla posizione funzionale di dirigente del servizio tecnico-assistenziale possono accedere coloro che hanno un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella posizione funzionale del "personale con funzioni didattico-organizzative - operatore dirigente" o che hanno superato il concorso pubblico per l'accesso a tale posizione, di cui all'*articolo 7 della legge provinciale 2 maggio 1995, n. 10.*]⁽³⁹⁾.
10. Nei presidi ospedalieri di Silandro, Vipiteno e San Candido le funzioni di direttore medico possono essere svolte da un direttore responsabile di una disciplina clinica. Durante l'espletamento delle funzioni di direttore medico di presidio ospedaliero egli conserva la titolarità dell'unità operativa di provenienza.

(34) Comma sostituito dall'*art. 14, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(35) Comma abrogato dall'*art. 14, L.P. 22 gennaio 2010, n. 1.*

(36) Comma sostituito dall'*art. 38 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*.

(37) Comma sostituito dall'*art. 38 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14* e ora abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(38) Comma abrogato dall'*art. 14, L.P. 22 gennaio 2010, n. 1*.

(39) Comma abrogato dall'*art. 61 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*.

Art. 18

Denominazione dei presidi ospedalieri.

1. I presidi ospedalieri di cui all'articolo 17 assumono la seguente denominazione:

a) Ospedale centrale di Bolzano;

b) Ospedale aziendale di Merano, Ospedale aziendale di Bressanone e Ospedale aziendale di Brunico;

c) Ospedale di base di Silandro, Ospedale di base di Vipiteno e Ospedale di base di San Candido.

Art. 19

Consiglio dei sanitari.

1. Presso l'azienda sanitaria è istituito il Consiglio dei sanitari composto dal Direttore sanitario, con funzioni di presidente, e dai seguenti membri elettivi:

a) 13 rappresentanti del personale medico aziendale, di cui sette eletti nel Comprensorio sanitario di Bolzano, due nel Comprensorio sanitario di Merano, due nel Comprensorio sanitario di Bressanone e due nel Comprensorio sanitario di Brunico. Per ogni comprensorio sanitario deve essere eletto un direttore di struttura complessa⁽⁴⁰⁾;

b) due rappresentanti dei medici di medicina generale;

c) un rappresentante dei pediatri di libera scelta;

d) un rappresentante dei medici specialisti convenzionati;

e) un rappresentante del personale medico veterinario;

- f) due rappresentanti del personale dirigente sanitario non medico;
- g) un farmacista;
- h) quattro rappresentanti del personale infermieristico, di cui uno in rappresentanza della dirigenza tecnico-assistenziale;
- i) tre rappresentanti del personale tecnico- sanitario, riabilitativo e della prevenzione.

2. Alle riunioni del Consiglio dei sanitari partecipa, in qualità di uditore, un medico libero professionista in rappresentanza delle strutture sanitarie private con cui siano stati stipulati accordi contrattuali.

3. La Giunta provinciale stabilisce, dopo aver sentito le organizzazioni sindacali, i criteri riguardo alle modalità di elezione.

4. Il Consiglio dei sanitari è organo interno dell'azienda sanitaria e dura in carica tre anni. Esso svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per tutte le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti a esse attinenti, per le attività di assistenza sanitaria e per i regolamenti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria. La Giunta provinciale può individuare ulteriori materie da sottoporre al Consiglio dei sanitari. I pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro 15 giorni dalla richiesta. Il Direttore generale può chiedere pareri su altri argomenti, previo confronto con le organizzazioni sindacali. ⁽⁴¹⁾

(40) Lettera così modificata dall'*art. 9, comma 1, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(41) Articolo sostituito dall'*art. 15, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 20

Conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali.

1. Nell'ambito territoriale di ciascun comprensorio sanitario è istituita la Conferenza dei presidenti delle comunità comprensoriali, composta dai presidenti delle comunità stesse e dal Sindaco del Comune di Bolzano per il Comprensorio sanitario di Bolzano o da loro delegati. La Conferenza, al fine di corrispondere alle esigenze socio-sanitarie della popolazione residente nel singolo comprensorio sanitario, contribuisce alla definizione dei piani programmatici di sviluppo socio-sanitari di particolare interesse nel rispettivo comprensorio sanitario, in riferimento anche ai servizi sociali, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore di comprensorio sanitario nonché al Direttore generale. A tale scopo il Direttore di comprensorio sanitario, oltre al piano generale triennale di azienda, al programma operativo annuale e alla relazione annuale sullo stato di attuazione della programmazione e sulla gestione economico-finanziaria dell'azienda, trasmette alla Conferenza la documentazione relativa a eventuali progetti o iniziative di miglioramento dei servizi sanitari nell'area territoriale o nei presidi ospedalieri del rispettivo comprensorio sanitario.

2. Qualora nell'ambito territoriale di un comprensorio sanitario esista un'unica comunità comprensoriale, le funzioni di cui al comma 1 sono esercitate dal presidente della stessa.

3. Se nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 sono interessati più di uno dei comprensori sanitari, le relative funzioni vanno svolte da un rappresentante designato dal Consiglio dei comuni. Le relative valutazioni e proposte sono trasmesse al Direttore generale dell'azienda sanitaria. ⁽⁴²⁾

(42) Articolo sostituito dall'*art. 16, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 21

Dipartimento di prevenzione ⁽⁴³⁾.

1. Presso l'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano è istituito il Dipartimento di prevenzione, a cui fa capo un Comitato tecnico.

2. Compito del Dipartimento di prevenzione è individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute della popolazione con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti.

3. Nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale dei singoli servizi dell'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano, il Dipartimento è così composto:

- a) Servizi di Igiene e sanità pubblica;
- b) Servizio di Medicina del lavoro;
- c) Servizio di Medicina dello sport;
- d) Servizio di Dietetica e nutrizione clinica;
- e) Servizio Pneumologico;
- f) Servizio Veterinario;
- g) Sezione di Medicina ambientale.

4. La Giunta provinciale fissa le finalità, i compiti e il modello organizzativo del Dipartimento di prevenzione.

(43) Articolo così sostituito prima dall'*art. 39 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14* e poi dall'*art. 9, comma 2, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 22
Comitati etici dell'azienda sanitaria. ⁽⁴⁴⁾

1. I comprensori sanitari nelle cui strutture sanitarie viene svolta attività di sperimentazione clinica istituiscono un comitato etico che svolge la propria attività nel rispetto della normativa in materia ed è composto da:

- a) il Direttore sanitario o un suo delegato, con funzioni di presidente;
- b) un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni;
- c) tre clinici di discipline differenti, dipendenti di strutture sanitarie pubbliche;
- d) un medico non dipendente dell'azienda sanitaria;
- e) un farmacista;
- f) un rappresentante del settore dell'assistenza infermieristica;
- g) un rappresentante delle associazioni di volontariato o di tutela dei pazienti;
- h) un dirigente amministrativo che svolge anche le funzioni di segretario;
- i) un esperto in statistica. ⁽⁴⁵⁾

[2. Con il parere di cui al comma 1, lettera h), il comitato esprime un giudizio sull'aspetto etico della sperimentazione in esame in ottemperanza alla verifica di cui al comma 1, lettera c). Il comitato, qualora ne ravvisi la necessità, prima di esprimere parere definitivo sulla tematica esaminata, può sottoporre il caso al Comitato etico provinciale.] ⁽⁴⁶⁾

[3. Il comitato è composto da:

- a) il dirigente medico dell'area ospedaliera aziendale o un medico da questi delegato, con funzioni di presidente;
- b) un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni;
- c) tre clinici di discipline differenti, dipendenti di strutture sanitarie pubbliche;
- d) un medico non dipendente dell'azienda;
- e) un farmacista;
- f) un rappresentante del settore dell'assistenza infermieristica;
- g) un rappresentante delle associazioni di volontariato o di tutela dei pazienti;

h) un dirigente amministrativo che svolge anche le funzioni di segretario;

i) un esperto in statistica.]⁽⁴⁷⁾

4. Almeno uno dei componenti del comitato di cui al comma 1 è rappresentante delle case di cura private della provincia.⁽⁴⁸⁾

5. I componenti del comitato di cui al comma 1, lettera c), devono avere un'elevata competenza clinica ed esperienza nel campo della sperimentazione.⁽⁴⁹⁾

6. Per la formulazione del parere su tematiche di particolare complessità e specificità il comitato può essere integrato da esperti competenti nell'attività esaminata.

(44) Rubrica sostituita dall'*art. 17, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(45) Comma sostituito dall'*art. 17, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(46) Comma abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(47) Comma abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(48) Comma sostituito dall'*art. 17, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(49) Comma sostituito dall'*art. 17, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 22-bis

Comitato per le pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere.

1. Nell'azienda sanitaria è istituito il Comitato pari opportunità.

2. Composizione, competenze nonché funzionamento del comitato sono definiti dai vigenti contratti collettivi.

3. L'assessorato alla Sanità provvede al finanziamento delle attività svolte dal Comitato.

4. Il Comitato trasmette all'assessorato alla sanità la relazione annuale delle proprie attività.

5. Il Comitato rimane in carica per la durata di cinque anni.⁽⁵⁰⁾

(50) Articolo aggiunto dall'*art. 18, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 23

Controllo sui provvedimenti.

1. Sono sottoposti al controllo preventivo di legittimità da parte della Giunta provinciale i sottoelencati provvedimenti adottati dall'azienda sanitaria:

a) il bilancio preventivo con l'annesso programma di attività, articolato anche a livello comprensoriale, le variazioni del programma di attività e il bilancio d'esercizio;

b) i regolamenti e le loro modifiche concernenti l'organizzazione e il funzionamento generale dell'azienda sanitaria, salvo quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 5;

c) ogni variazione della dotazione organica e della pianta organica;

d) i programmi e piani annuali e pluriennali.

2. I provvedimenti di cui al comma 1 devono essere trasmessi per l'esame all'assessore provinciale alla sanità entro il termine di dieci giorni dall'adozione, pena la decadenza. Ove la Giunta provinciale non si pronunci nei 30 giorni successivi al ricevimento, i provvedimenti divengono esecutivi.

3. L'assessore provinciale alla sanità può chiedere all'azienda sanitaria, entro 15 giorni dal ricevimento dei provvedimenti di cui al comma 1, elementi integrativi di giudizio. In tal caso il termine stabilito nel comma 2 per l'esercizio del controllo è sospeso e riprende a decorrere dalla data dell'effettivo ricevimento degli elementi integrativi. I provvedimenti si intendono decaduti qualora l'azienda sanitaria non ottemperi alla richiesta entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.
(51)

(51) Articolo sostituito dall'*art. 11, comma 5, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6.*

Art. 24

Contratti a tempo determinato.

1. I direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore ad un anno e non superiore a cinque anni e possono essere rinnovati una sola volta.

2. Il trattamento economico è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del Servizio sanitario provinciale.

3. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.

4. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano per l'azienda sanitaria l'obbligo di rendere contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per corrispondenti oneri finanziari.

TITOLO I

Ordinamento del Servizio sanitario provinciale

Capo III

Patrimonio, contabilità e finanziamento

Art. 25

Immobili a disposizione delle aziende sanitarie.

1. I beni immobili di proprietà della Provincia con vincolo di destinazione al Servizio sanitario provinciale sono assegnati alle aziende sanitarie dalla Giunta provinciale, tenuto conto delle esigenze delle aziende. Le modalità ed i contenuti dell'assegnazione sono definiti dalla Giunta provinciale.

2. La Giunta provinciale può delegare le aziende sanitarie ad eseguire lavori di costruzione, ampliamento e ristrutturazione degli immobili ad esse assegnati, compresa la progettazione e la direzione dei lavori.

3. I beni immobili sono iscritti in separati libri degli inventari.

4. La Giunta provinciale determina le modalità per la gestione del patrimonio di cui al comma 1 e per la tenuta del libro degli inventari, che deve contenere tutti gli elementi necessari alla sua esatta individuazione e valutazione.

Art. 26

Beni mobili ed attrezzature.

1. I beni mobili, i beni mobili iscritti in pubblici registri e le attrezzature in uso alle aziende sanitarie sono trasferiti in proprietà alle medesime e ne costituiscono il patrimonio mobiliare.

2. La Giunta provinciale determina i termini, le modalità e le procedure di cancellazione dall'inventario della Provincia dei beni di cui al comma 1.

3. La deliberazione della Giunta provinciale adottata per il trasferimento dei beni mobili iscritti in pubblici registri costituisce titolo per la trascrizione del diritto di proprietà.

Art. 27

Attività contrattuale dell'azienda sanitaria. ⁽⁵²⁾

[1. Fino all'emanazione di un'organica legge in materia di contabilità delle aziende sanitarie, continuano ad applicarsi per la gestione finanziaria, economico-patrimoniale nonché per la tenuta della contabilità delle aziende sanitarie le disposizioni contenute nelle leggi regionali L.R. 11 gennaio 1981, n. 1 e L.R 17 novembre 1988, n. 25 ⁽⁵³⁾.] ⁽⁵⁴⁾

2. Le forniture di beni, le prestazioni e i servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui all'articolo 5, comma 2 ⁽⁵⁵⁾.

3. La direzione generale dell'azienda sanitaria deve tenere aggiornato il libro delle deliberazioni adottate dal Direttore generale. L'azienda sanitaria è tenuta ad adottare, per conferire uniformità di struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, l'apposito schema approvato dalla Giunta provinciale.

(52) Rubrica sostituita dall'*art. 19, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(53) Si veda la *L.P. 5 novembre 2001, n. 14.* Per l'applicazione delle norme dettate si veda l'*art. 26 della medesima.*

(54) Comma abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(55) Comma sostituito dall'*art. 19, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 28

Finanziamento.

1. Il finanziamento del Servizio sanitario provinciale viene assicurato attraverso il Fondo sanitario provinciale iscritto nel bilancio di previsione della Provincia e con gli eventuali stanziamenti integrativi previsti a carico del bilancio provinciale, nonché tramite tutte le altre entrate ottenute dalle strutture sanitarie operanti in provincia.

2. Il Fondo sanitario provinciale è alimentato da:

a) quote del gettito delle imposte;

b) entrate derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito della compensazione della mobilità sanitaria a favore di pazienti provenienti da altre regioni, dalla Provincia autonoma di Trento e dall'estero;

c) trasferimenti dallo Stato ed altri enti per progetti specifici in conto corrente ed in conto capitale;

d) eventuali altre entrate dovute per prestazioni sanitarie rese o per interventi in materia di igiene e sanità pubblica di spettanza della Provincia.

3. Le altre entrate ottenute dalle strutture sanitarie operanti in provincia sono:

a) le entrate dovute per prestazioni sanitarie rese o per interventi in materia di igiene e sanità pubblica da parte delle strutture erogatrici di prestazioni;

b) i ricavi e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio;

c) le donazioni e gli altri atti di liberalità;

d) le entrate non citate nelle lettere a), b) e c).

4. Le risorse finanziarie di cui ai commi 1, 2 e 3 sono destinate alla copertura delle spese sostenute dalle aziende sanitarie ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e delle spese per l'espletamento di attività sanitarie di competenza della Giunta provinciale, nonché al finanziamento dei programmi di investimento definiti dalla programmazione provinciale e alla realizzazione di obiettivi connessi a specifiche attività sanitarie.

5. Le quote di risorse destinate agli interventi di cui al comma 4 sono determinate annualmente con la legge finanziaria della Provincia.

6. La ripartizione della quota da devolvere alle aziende sanitarie è stabilita annualmente dalla Giunta provinciale, tenendo conto degli strumenti di programmazione triennale.

7. Il finanziamento dei comprensori sanitari avviene su base capitaria tenendo conto di appositi indicatori individuati dalla Giunta provinciale per garantire ai cittadini i livelli uniformi di assistenza secondo i piani sanitari vigenti, nonché della produzione misurata in base al sistema tariffario. Le attività e i progetti specifici stabiliti dalla Giunta provinciale sono finanziati a parte. La compensazione della mobilità sanitaria a livello interregionale e internazionale avviene comunque sulla base dei tariffari determinati dalla Giunta provinciale.⁽⁵⁶⁾

8. Al fine di assicurare la necessaria liquidità finanziaria nel corso dell'esercizio, la Giunta provinciale dispone ogni anno a favore di ciascuna azienda sanitaria delle anticipazioni periodiche e regolari sulla base dei fabbisogni di liquidità delle aziende.

(56) Comma sostituito dall'*art. 20, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

TITOLO II

Disposizioni per la programmazione e per la predisposizione del Piano sanitario provinciale

Capo I

Disposizioni generali

Art. 29

Disposizioni generali.

1. Spettano alla Provincia la determinazione dei criteri dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute e per il finanziamento delle aziende ed istituzioni sanitarie pubbliche e private, le attività di indirizzo tecnico, di promozione e di sostegno a favore delle istituzioni medesime, nonché il controllo sulla gestione. Spettano inoltre alla Provincia la promozione del controllo e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie rese dalle istituzioni accreditate. Per l'espletamento di tali compiti l'amministrazione provinciale si può avvalere di esperti esterni che possono provenire anche dall'estero.

Art. 30

Programmazione e predisposizione del Piano sanitario provinciale.

1. La programmazione sanitaria provinciale spetta alla Giunta provinciale, la quale si avvale anche delle aziende sanitarie e degli organismi consultivi in materia di sanità.

2. Costituiscono strumenti essenziali della programmazione:

- a) il Piano sanitario provinciale;
- b) i programmi di intervento con finalità specifiche a tutela della salute;
- c) i piani settoriali aventi rilevanza per la salvaguardia della salute dei cittadini.

3. Per l'efficacia e l'efficienza del processo di programmazione occorre tenere conto delle seguenti azioni strumentali:

- a) lo sviluppo del sistema informativo ⁽⁵⁷⁾;
- b) lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica;
- c) la conduzione di sperimentazioni;

d) la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo della qualità, dell'efficienza, considerati anche i costi e i benefici raggiunti, nonché dello stato dei rapporti con i cittadini.

4. Il Piano sanitario provinciale disciplina il coordinamento dei vari servizi provinciali sanitari e non sanitari, anche interaziendali ed in forma dipartimentale, al fine di promuovere e tutelare la salute del cittadino.

5. Per l'approvazione del Piano sanitario provinciale si applica il capo II della *legge provinciale 11 agosto 1997, n. 13*, recante "Legge urbanistica provinciale".

6. Il Piano sanitario provinciale è approvato dalla Giunta provinciale ed entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige, a meno che non sia diversamente stabilito.

7. Il Piano sanitario provinciale ha validità triennale. Esso conserva comunque validità fino all'entrata in vigore del piano successivo. Esso deve essere aggiornato uniformandolo alle indicazioni del Piano sanitario nazionale previsto dall'*articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche.

(57) Si veda la *Delib.G.P. 26 novembre 2001, n. 4221*.

Art. 31

Obbligatorietà delle disposizioni del Piano sanitario provinciale.

1. Le istituzioni sanitarie accreditate con cui siano stati stipulati appositi accordi contrattuali o comunque finanziate dalla Provincia, nonché gli organi e gli enti preposti alla tutela della salute dei cittadini della provincia di Bolzano nello svolgimento dell'attività necessaria per il raggiungimento dei propri fini istituzionali devono uniformarsi ai contenuti del Piano sanitario provinciale.

Art. 31-bis

Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario ⁽⁵⁸⁾.

1. Nel rispetto delle disposizioni vigenti di cui al *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*, sono istituiti i seguenti registri:

a) registro tumori;

b) registro malattie rare;

- c) registro cause di morte;
- d) registro diabete;
- e) registro dispositivi impiantabili;
- f) registro protesi articolari;
- g) registro patologie cardio-vascolari;
- h) registro patologie cerebro-vascolari.

2. I registri di cui al comma 1 raccolgono dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalle relative malattie a fini di studio e di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

3. Con regolamento d'esecuzione, emanato su conforme parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali ai sensi degli *articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*, sono individuati i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1, i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere, nonché le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

4. Il trattamento dei dati utilizzati per la realizzazione dei registri deve in ogni caso informarsi ai principi di necessità, pertinenza, completezza e non eccedenza di cui agli *articoli 3, 11 e 22 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*.

(58) Articolo aggiunto dall'*art. 43, comma 2, L.P. 9 aprile 2009, n. 1* e poi così sostituito dall'*art. 9, comma 3, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

TITOLO III

Prestazioni di assistenza sanitaria - forme di erogazione e partecipazione alla spesa

Capo I

Livelli di assistenza

Art. 32

Assistenza sanitaria.

1. Il Servizio sanitario provinciale garantisce, a tutti gli aventi diritto, i livelli uniformi di assistenza sanitaria fissati a livello nazionale. Il Servizio sanitario provinciale può integrare i citati livelli di assistenza con altre prestazioni ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾.

(59) Articolo sostituito dall'*art. 40 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*.

(60) Si veda anche la *Delib.G.P. 8 novembre 2010, n. 1832*: Linee guida all'Azienda sanitaria per la corretta e uniforme compilazione del Modello LA relativo ai Livelli Essenziali di Assistenza in Provincia di Bolzano.

Art. 32-bis

Post-trattamento farmacologico di pazienti⁽⁶¹⁾.

1. La Giunta provinciale, al fine di garantire la continuità assistenziale, può stabilire i casi nei quali è possibile prevedere un post-trattamento farmacologico nelle cliniche universitarie e nelle strutture sanitarie pubbliche o private austriache convenzionate con la Provincia autonoma di Bolzano.

(61) Articolo aggiunto dall'*art. 9, comma 4, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(giurisprudenza)

Art. 33

Assistenza ospedaliera in forma indiretta.

1. Le persone residenti in provincia di Bolzano e iscritte al Servizio sanitario provinciale, che si ricoverano in strutture pubbliche o private non aventi per quella tipologia di prestazione rapporti contrattuali con il Servizio sanitario nazionale o provinciale, hanno diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio Sanitario Provinciale, a condizione che esse non dispongano già di un'assicurazione privata o di altre forme di indennizzo individuate dalla Giunta provinciale, che coprano tali spese sanitarie. Qualora tali spese sanitarie siano coperte solo in parte, spetta un rimborso massimo che, sommato alla quota coperta dall'assicurazione, non superi le spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio Sanitario Provinciale. Il rimborso viene stabilito secondo la tariffa predeterminata dalla Giunta Provinciale in misura inferiore a quella fissata per le prestazioni erogate in forma diretta ed in base alle fasce di reddito dalla stessa stabilita⁽⁶²⁾.

1-bis. La Giunta provinciale può condizionare il rimborso delle prestazioni al rispetto di requisiti di qualità ed appropriatezza⁽⁶³⁾.

2. Ai fini del rimborso tramite l'azienda sanitaria, la Giunta provinciale determina le modalità d'accesso alla struttura ed i termini, a pena di decadenza, di presentazione della domanda e della relativa documentazione.⁽⁶⁴⁾

3. Entro 30 giorni, a pena di decadenza, dalla data di ricevimento del diniego di rimborso è ammesso ricorso alla commissione provinciale per la decisione dei ricorsi in materia di assistenza sanitaria, istituita presso la Ripartizione provinciale Sanità. La commissione decide in via definitiva sull'esito del ricorso. Essa è nominata dalla Giunta provinciale ed è composta da sei membri, oltre all'assessore provinciale alla Sanità, o un suo delegato, che la presiede. Almeno quattro membri sono medici ed almeno uno di essi è libero professionista. I restanti membri sono funzionari provinciali.⁽⁶⁵⁾

4. Alla commissione di cui al comma 3 sono altresì attribuiti i compiti del centro regionale di riferimento di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità *D.M. 3 novembre 1989*⁽⁶⁶⁾.

(62) Comma così sostituito prima dall'*art. 11, comma 2, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6* e poi dall'*art. 21, comma 1, L.P. 21 dicembre 2011, n. 15*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(63) Comma aggiunto dall'*art. 21, comma 2, L.P. 21 dicembre 2011, n. 15*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(64) Comma sostituito dall'*art. 11, comma 2, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6*.

(65) Comma sostituito dall'*art. 11, comma 2, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6*.

(66) Si veda la *Delib.G.P. 2 aprile 2002, n. 1039* per la determinazione del nuovo sistema di rimborso per l'assistenza indiretta in regime di ricovero. Si veda anche la *Delib.G.P. 8 novembre 2010, n. 1832*: Linee guida all'Azienda sanitaria per la corretta e uniforme compilazione del Modello LA relativo ai Livelli Essenziali di Assistenza in Provincia di Bolzano.

Art. 34

Assistenza specialistica indiretta⁽⁶⁷⁾.

1. Le persone residenti in provincia di Bolzano iscritte al Servizio sanitario provinciale che fruiscono di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, hanno diritto al rimborso di spese effettivamente sostenute e riconosciute dal Servizio sanitario provinciale. Le prestazioni possono essere fruite presso medici specialisti liberi professionisti e presso strutture non aventi per quella tipologia di prestazione rapporti contrattuali con il Servizio sanitario nazionale. Sono inoltre rimborsabili le stesse prestazioni fruite all'estero, se non coperte da convenzioni internazionali.

2. Rientrano tra le prestazioni rimborsabili di cui al comma 1 anche quelle erogate dai dentisti abilitati, iscritti all'albo professionale della Provincia di Bolzano, e le visite specialistiche effettuate dai medici ospedalieri in regime privatistico al di fuori delle strutture pubbliche e convenzionate⁽⁶⁸⁾.

3. Sono inoltre rimborsate le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate da strutture non aventi rapporti contrattuali con il Servizio sanitario nazionale e prescritte dal medico specialista, necessarie ai fini della determinazione della diagnosi.

4. Il rimborso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è posto a carico dell'azienda sanitaria. La Giunta provinciale, sentito il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria, determina le specialità e le tipologie di prestazioni nonché la misura degli importi rimborsabili, tenuto conto delle disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria ⁽⁶⁹⁾.

5. [Per particolari programmi di prevenzione approvati dalla Giunta provinciale, l'importo rimborsabile può superare le tariffe fissate per le prestazioni erogate in forma diretta] ⁽⁷⁰⁾.

6. Ai fini dei rimborsi di cui ai commi 4 e 5 da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza, la Giunta provinciale determina le modalità di accesso all'assistenza specialistica indiretta nonché i termini perentori e le modalità per la presentazione della domanda e della relativa documentazione. Il diritto al rimborso è subordinato alla presentazione dell'impegnativa del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta o di un medico dipendente del Servizio sanitario provinciale, salvo i casi di urgenza, da certificarsi come tali dall'erogatore della prestazione, e i casi di cui al comma 3. La Giunta provinciale determina le specialità per le quali non è necessaria la predetta impegnativa. ⁽⁷¹⁾

7. Avverso il diniego di rimborso è ammesso ricorso alla commissione di cui all'articolo 33, comma 3.

(67) Si veda la *Delib.G.P. 2 aprile 2002, n. 1039* per la determinazione del nuovo sistema di rimborso per l'assistenza indiretta in regime di ricovero e la *Delib.G.P. 27 febbraio 2012, n. 288* per la rideterminazione dei criteri per l'assistenza specialistica indiretta. Si veda anche la *Delib.G.P. 8 novembre 2010, n. 1832*: Linee guida all'Azienda sanitaria per la corretta e uniforme compilazione del Modello LA relativo ai Livelli Essenziali di Assistenza in Provincia di Bolzano.

(68) Comma così sostituito dall'*art. 9, comma 5, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(69) Comma così sostituito dall'*art. 9, comma 6, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(70) Comma abrogato dall'*art. 13, comma 1, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(71) Comma sostituito dall'*art. 11, comma 3, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6*.

TITOLO III

Prestazioni di assistenza sanitaria - forme di erogazione e partecipazione alla spesa

Capo II

Partecipazione alla spesa sanitaria

Art. 35

Disposizioni generali.

1. Nello stabilire la partecipazione alla spesa sanitaria, come anche l'esenzione dal pagamento del ticket, la Provincia autonoma di Bolzano si attiene ai principi contenuti nella normativa nazionale vigente in materia. La Giunta provinciale introduce, per le prestazioni eccedenti i livelli uniformi di assistenza sanitaria fissati dalla normativa nazionale, di cui all'articolo 32, una partecipazione al costo basata sulla valutazione del reddito e del patrimonio dell'assistito e del suo nucleo familiare. Con regolamento di esecuzione vengono individuati i criteri per la valutazione della situazione economica e patrimoniale, tenendo conto anche delle disposizioni di cui agli *articoli 7 e 7-bis della L.P. 30 aprile 1991, n. 13*, recante "Riordino dei servizi sociali in provincia di Bolzano", e successive modifiche ⁽⁷²⁾.
2. Per le prestazioni rientranti nei livelli uniformi di assistenza sanitaria fissati a livello statale, la Giunta provinciale autorizza l'introduzione, in via sperimentale, del nuovo sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e fissa i criteri di esenzione dalla stessa ai sensi dell'*articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*.
3. La Giunta provinciale può integrare l'elenco nazionale delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, inserendovi quelle malattie, la cui frequenza è circoscritta a certe zone o sia abnorme. ⁽⁷³⁾
4. In applicazione dei principi fissati all'*articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1980, n. 197*, la Giunta provinciale è autorizzata ad integrare l'elenco nazionale delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero con patologie frequenti in Alto Adige.

(72) Comma sostituito dall'*art. 40 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*. In attuazione del presente comma si veda la *Delib.G.P. 7 giugno 2010, n. 982*.

(73) Si veda la *Delib.G.P. 30 gennaio 2006, n. 289*, Integrazione dell'elenco nazionale delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Si veda, anche, la *Delib.G.P. 9 marzo 2009, n. 691*.

Art. 35-bis

Spese per prestazioni sanitarie per fatti illeciti.

1. Se le prestazioni sanitarie sono conseguenza di fatto illecito, la relativa spesa è a carico di colui che ha commesso il fatto illecito.
 2. Le aziende sanitarie provvedono al recupero delle spese ai sensi dell'articolo 76, comma 3, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente per il rimborso delle prestazioni erogate ai danneggiati dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti ⁽⁷⁴⁾
-

(74) Articolo aggiunto dall'*art. 18, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10.*

Art. 36

Partecipazione alla spesa ospedaliera.

1. In relazione all'andamento finanziario della spesa sanitaria riferita al territorio provinciale la Giunta provinciale è autorizzata ad introdurre una partecipazione alla spesa ospedaliera da determinarsi secondo le seguenti disposizioni.
 2. Per ogni giornata di degenza, esclusa quella di dimissione, in un presidio ospedaliero accreditato con cui siano stati stipulati appositi accordi contrattuali, compresi quelli austriaci, può essere prevista anche per i ricoveri disposti per cure riabilitative e post acute una partecipazione alla spesa ospedaliera nella misura giornaliera stabilita annualmente dalla Giunta provinciale.
 3. La partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 1 e 2 può essere prevista solo per impedire una eventuale elusione della partecipazione alle spese per le prestazioni ambulatoriali. In ogni caso può essere prevista una partecipazione alle spese per la copertura delle spese per il vitto e l'alloggio, applicando i criteri di cui all'articolo 35, comma 1.
 4. La misura della partecipazione di cui al comma 2 viene stabilita di entità maggiorata per i costi di ricovero derivante da infortunio causato da attività sportive o ricreative particolarmente a rischio, individuate dalla Giunta provinciale. La maggiorazione non riguarda in ogni caso gli sport di massa e le attività sportive tradizionali in Alto Adige.
 5. La Giunta provinciale può assoggettare le prestazioni di pronto soccorso, effettuate presso un presidio ospedaliero della provincia e non seguite da ricovero, alla vigente normativa sulla partecipazione alla spesa sanitaria.
 6. La Giunta provinciale può prevedere una partecipazione alla spesa per il trasporto malati e per l'elisoccorso, determinando annualmente il relativo ammontare. La quota di partecipazione alla spesa da parte del cittadino è determinata tenuto conto dell'età della popolazione servita e della struttura orografica del territorio.
 7. La partecipazione alla spesa di cui ai commi 2, 4, 5 e 6 non è dovuta dalle persone esentate dal pagamento di ticket. I ricoveri dovuti a parto non sono soggetti alla partecipazione di cui alla presente disposizione.
-

TITOLO IV

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni

Art. 37

Erogazione delle prestazioni sanitarie.

1. L'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, e di ricovero, previste dai livelli di assistenza a favore dei cittadini, sono assicurate dalle aziende sanitarie secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni emanate dalla Provincia. Tra le prestazioni specialistiche sono comprese anche quelle psicologiche e psicoterapeutiche.
2. Per l'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1 le aziende sanitarie si avvalgono dei propri presidi, nonché di altre istituzioni sanitarie accreditate e dei liberi professionisti accreditati, con i quali l'azienda sanitaria ha stipulato accordi contrattuali. A tali soggetti le aziende sanitarie, sulla base di appositi rapporti fondati sull'accreditamento, corrispondono un importo predeterminato a fronte della prestazione resa ed eventualmente un compenso orario. Il compenso dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è stabilito in sede contrattuale. Per le prestazioni oggetto degli accordi contrattuali, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono assoggettati al regime di accreditamento ⁽⁷⁵⁾.
3. La Giunta provinciale, coerentemente con gli indirizzi della programmazione nazionale e provinciale, determina i requisiti dei soggetti erogatori e le procedure per la concessione dell'accreditamento, gli indicatori e le procedure di verifica dei requisiti medesimi, gli eventuali tempi di adeguamento in rapporto al tipo di requisiti, le sanzioni in caso di inadempimento, gli eventuali casi di deroga ai requisiti, nonché i casi e le modalità per la decadenza dei soggetti erogatori dall'accreditamento e dalla titolarità dei rapporti stipulati con le aziende sanitarie. In particolare la Giunta provinciale prevede l'istituzione di appositi organismi tecnici per l'istruttoria e la valutazione nel rispetto del principio di obiettività, nonché l'istituzione di un registro delle strutture accreditate. Essa regola altresì i rapporti fra l'attività e le funzioni degli organismi competenti per la concessione dell'accreditamento, rispettivamente per il rilascio dell'autorizzazione di cui all'articolo 39, stabilendo eventualmente a tal fine congrue tariffe ⁽⁷⁶⁾.
4. Per l'erogazione delle prestazioni specialistiche di cui al comma 1 è dovuta la prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta con esclusione delle specialità stabilite dalla Giunta provinciale.
5. Le aziende sanitarie, in deroga a quanto previsto dai commi 1 e 2, utilizzano il personale sanitario titolare di rapporto convenzionale alla data di entrata in vigore della presente legge ai sensi del *decreto del Presidente della Repubblica 13 marzo 1992, n. 261*, e dell'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali.
6. L'inquadramento dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati nelle piante organiche delle aziende sanitarie avviene ai sensi delle disposizioni statali.

(75) Comma sostituito dall'*art. 41 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*.

(76) Comma sostituito dall'*art. 39, comma 1 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1*.

Art. 37-bis
Mobilità sanitaria ⁽⁷⁷⁾.

1. A partire dall'anno 2011, ai fini dell'individuazione dell'ente obbligato a sostenere gli oneri per la degenza dei malati psichici, definiti "residui manicomiali", si deve fare riferimento alla residenza al momento del ricovero, rimanendo irrilevante la circostanza che, in seguito al ricovero, sia stata acquisita la residenza nel luogo in cui è situata la struttura di ricovero. Le spese che ne derivano rientrano nella compensazione della mobilità sanitaria interregionale.
2. Per la Regione Emilia-Romagna sono riconosciuti gli addebiti a partire dall'anno 1997.
3. Per la Provincia autonoma di Trento sono riconosciuti gli addebiti a partire dall'anno 2007.

(77) Articolo aggiunto dall'*art. 27, comma 1, L.P. 23 dicembre 2010, n. 15*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 38
Rapporto convenzionale con le farmacie della provincia.

1. La Giunta provinciale è autorizzata a stipulare con le organizzazioni sindacali della categoria delle farmacie pubbliche e private maggiormente rappresentative in provincia apposite convenzioni di durata triennale, al fine di disciplinare i rapporti per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica. Dette convenzioni devono prevedere che:

a) le farmacie pubbliche e private eroghino l'assistenza farmaceutica per conto del servizio sanitario provinciale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, le specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'azienda sanitaria competente corrisponda alla farmacia fornitrice il prezzo del prodotto erogato, al netto dell'eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito; ai fini della liquidazione la farmacia sia tenuta alla presentazione della ricetta corredata dal bollino o di altra documentazione comprovante la consegna all'assistito e per il pagamento effettuato oltre il termine fissato dall'accordo non possano essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

c) siano fissate le modalità di presentazione delle ricette ed i tempi di pagamento nonché le modalità di collaborazione delle farmacie ⁽⁷⁸⁾.

2. La convenzione deve altresì prevedere l'istituzione di una commissione di vigilanza sull'applicazione dell'*articolo 36 del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1988, n. 574*, sull'uso congiunto della lingua italiana e tedesca nelle etichette e stampati illustrativi dei farmaci.

(78) Lettera sostituita dall'*art. 42 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

Art. 39

Soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie.

1. L'attuazione delle disposizioni di cui all'*articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, trova applicazione nel rispetto delle statuizioni di cui all'articolo 40 della legge regionale 31 ottobre 1969, n. 10. Spettano alla Giunta provinciale i poteri per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione, alla ristrutturazione, all'ampliamento, alla trasformazione, al trasferimento e all'esercizio di strutture sanitarie private di ricovero per pazienti acuti e post-acuti, strutture sanitarie private ambulatoriali, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché di strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali. Spettano altresì alla Giunta provinciale i poteri per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie che effettuino prestazioni di chirurgia ambulatoriale o procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, degli studi dei professionisti sanitari che intendono accreditarsi e degli studi dei professionisti per i quali la Giunta provinciale individua la necessità di un'autorizzazione. L'attività dei professionisti sanitari non soggetti ad autorizzazione è però soggetta a comunicazione⁽⁷⁹⁾.

2. La Giunta provinciale determina i requisiti di idoneità e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione, nonché le procedure diagnostiche e terapeutiche di cui al comma 1, per le quali gli studi professionali devono essere autorizzati. Individua inoltre le modalità per la comunicazione dell'attività degli studi non soggetti ad autorizzazione⁽⁸⁰⁾.

3. La Giunta provinciale, coerentemente con le indicazioni della programmazione sanitaria, adotta i provvedimenti necessari per la regolamentazione dei nuovi rapporti previsti dalla presente legge e fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. Le aziende sanitarie provvedono all'instaurazione dei nuovi rapporti, tenendo conto della programmazione sanitaria e della pianificazione periodica della produzione conforme al sistema tariffario.

4. Le strutture sanitarie private accreditate, che stipulano un accordo contrattuale con un'azienda sanitaria, devono garantire l'uso della lingua italiana e della lingua tedesca e, nelle strutture site nell'area linguistica ladina, della lingua ladina, al fine di rispondere meglio alle esigenze della popolazione assistita nel rispetto delle statuizioni di cui all'*articolo 2, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1988, n. 574*, e successive modifiche⁽⁸¹⁾.

(79) Comma così sostituito dall'*art. 18, comma 1, della L.P. 23 luglio 2004, n. 4.*

(80) Comma così sostituito dall'*art. 18, comma 1, della L.P. 23 luglio 2004, n. 4.*

(81) Comma così sostituito dall'*art. 18, comma 1, della L.P. 23 luglio 2004, n. 4.*

Art. 39-bis

Strutture per l'assistenza palliativa e di supporto.

1. La Provincia può concedere a istituzioni e organismi senza scopo di lucro, che operano in provincia di Bolzano e svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, finanziamenti fino al 100 per cento della spesa riconosciuta ammissibile per la realizzazione, la ristrutturazione e l'adeguamento di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, da effettuarsi nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 28 settembre 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 2000, e al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 21 marzo 2000.
2. Le strutture realizzate con il finanziamento della Provincia devono essere destinate agli scopi di cui al comma 1 per la durata di 30 anni. Il relativo vincolo di destinazione è annotato nel libro fondiario. In caso di mutamento della destinazione, il finanziamento va restituito in proporzione alla durata residua del vincolo, maggiorato degli interessi legali.
3. Le istituzioni e gli organismi di cui al comma 1 devono impegnarsi a stipulare convenzioni con le aziende sanitarie territorialmente competenti.
4. La Giunta provinciale, con deliberazione da pubblicarsi nel Bollettino Ufficiale della Regione, determina i criteri e le modalità di presentazione delle domande, di liquidazione del finanziamento e la documentazione di spesa da presentare.
5. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata a carico dell'esercizio finanziario 2001 (capitolo 52430) la spesa di lire 2.000.000.000. La spesa a carico degli esercizi finanziari successivi sarà autorizzata con la legge finanziaria annuale ⁽⁸²⁾.

(82) Articolo aggiunto dall'*art. 3 della L.P. 14 agosto 2001, n. 9*.

Art. 40

Soggetti pubblici erogatori di prestazioni sanitarie.

1. La Giunta provinciale determina i requisiti di idoneità e le procedure per il rilascio ai soggetti pubblici dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie. Determina inoltre i requisiti di idoneità e le procedure per il rilascio dell'accREDITAMENTO ai soggetti pubblici ⁽⁸³⁾.

(83) Articolo così sostituito dall'*art. 18, comma 2, della L.P. 23 luglio 2004, n. 4*.

Art. 40-bis

Autorizzazioni all'esercizio di attività nel campo della procreazione medicalmente assistita.

1. In attesa di una specifica disciplina in materia di procreazione medicalmente assistita a livello nazionale e comunitario, la Provincia autonoma di Bolzano, sentito il Comitato etico provinciale di cui all'articolo 44, può autorizzare le strutture pubbliche e private all'esercizio delle sopracitate attività.

2. Si applicano le disposizioni del comma 2 dell'articolo 39 e dell'articolo 40, in quanto applicabili⁽⁸⁴⁾.

(84) Articolo aggiunto dall'*art. 43 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

TITOLO V

Organi collegiali per il Servizio sanitario provinciale

Art. 41

Consiglio provinciale di sanità.

1. È istituito il Consiglio provinciale di sanità quale organo consultivo tecnico-scientifico dell'amministrazione provinciale.

2. Al Consiglio provinciale di sanità compete:

a) esprimere pareri su richiesta del Presidente della Giunta provinciale o dell'assessore provinciale alla sanità;

b) promuovere ed organizzare, su incarico della Giunta provinciale, studi, ricerche e indagini su temi di natura tecnico-sanitaria, avvalendosi di strutture della Provincia, delle aziende sanitarie, nonché di altri enti e istituzioni e di esperti esterni, anche provenienti da un Paese membro dell'Unione Europea, incaricati previa autorizzazione della Giunta provinciale medesima.

3. Il Consiglio provinciale di sanità è nominato dalla Giunta provinciale ed è composto da:

a) un direttore sanitario aziendale;

b) due esperti dell'area medica e delle specialità mediche;

c) un esperto dell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche;

d) due esperti dell'area della medicina diagnostica e dei servizi;

e) un esperto dell'area di sanità pubblica ed un esperto in programmazione e organizzazione sanitaria ⁽⁸⁵⁾;

f) un medico di medicina generale;

g) un esperto della categoria professionale dei veterinari;

h) un esperto della categoria professionale dei farmacisti;

i) un esperto della categoria professionale dei biologi o dei chimici o dei fisici o degli psicologi;

j) un odontoiatra o medico chirurgo dentista;

k) tre esperti del ruolo sanitario non medico, di cui almeno un rappresentante del settore dell'assistenza infermieristica;

l) un medico proposto dalla Società Medica dell'Alto Adige.

4. Un membro del Consiglio provinciale di sanità deve essere un medico libero professionista.

5. Il Consiglio provinciale di sanità permane in carica per la durata della legislatura nel corso della quale è stata effettuata la nomina.

6. Il Presidente del Consiglio provinciale di sanità e il suo sostituto sono eletti dai membri del Consiglio provinciale di sanità nella sua prima seduta. Le funzioni di segretario sono svolte da un impiegato della Ripartizione provinciale sanità, di qualifica funzionale non inferiore alla sesta.

7. Per tematiche sanitarie altamente specifiche e complesse dal punto di vista scientifico, l'assessore provinciale alla sanità, su richiesta motivata del Consiglio provinciale di sanità, può nominare appositi gruppi di lavoro composti da un massimo di cinque componenti anche esterni al Consiglio stesso. I gruppi di lavoro sono coordinati da un componente del Consiglio.

(85) Lettera così sostituita dall'*art. 22, comma 2, della L.P. 8 aprile 2004, n. 1.*

Art. 42

Comitato provinciale per la programmazione sanitaria.

1. È istituito il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria, quale organo tecnico consultivo dell'amministrazione provinciale.

2. Il comitato concorre:

a) all'elaborazione degli indirizzi tecnici riguardanti l'attuazione del Piano sanitario provinciale;

- b) al coordinamento operativo dei programmi previsti nel Piano sanitario provinciale;
- c) alla verifica dello stato di attuazione del Piano sanitario provinciale;
- d) alla revisione periodica del Piano sanitario provinciale;
- e) alla predisposizione del nuovo Piano sanitario provinciale.

3. Al Comitato provinciale per la programmazione sanitaria compete di:

- a) esprimere pareri sui programmi planovolumetrici dei singoli progetti e sui programmi pluriennali di edilizia sanitaria;
- b) esprimere pareri sugli acquisti delle grosse apparecchiature elettromedicali e sui piani annuali di acquisto delle medesime;
- c) esprimere pareri facoltativi su autorizzazioni e accreditamenti di presidi sanitari privati;
- d) esprimere pareri facoltativi sulle tariffe delle prestazioni sanitarie;
- e) esprimere i pareri ai sensi delle disposizioni di cui all'*articolo 34, comma 4, all'articolo 7 della legge provinciale 23 ottobre 1975, n. 52, agli articoli 2 e 6 della legge provinciale 3 gennaio 1986, n. 1, e all'articolo 1 della legge provinciale 17 novembre 1988, n. 48;*
- f) esercitare tutte le attribuzioni che disposizioni di legge o di regolamento attribuiscono al Consiglio provinciale di sanità, eccezione fatta per quelle indicate all'articolo 41 e considerato quanto previsto dall'articolo 83.

4. In base alle risultanze della verifica di cui al comma 2, lettera c), il Comitato formula all'amministrazione proposte in merito alle modalità di soluzione dei problemi eventualmente emersi nell'attuazione del Piano sanitario provinciale.

5. Il comitato è composto da:

- a) l'assessore provinciale alla sanità, con funzioni di presidente;
- b) il direttore della Ripartizione provinciale Sanità, con funzioni di vicepresidente;
- c) il Direttore generale dell'azienda sanitaria;
- d) i Direttori di comprensorio sanitario;
- e) quattro rappresentanti del personale sanitario laureato, di cui tre medici; uno dei medici deve essere esperto in materia di programmazione e organizzazione sanitaria, uno deve essere specialista clinico e uno libero professionista;
- f) un rappresentante del personale non medico;
- g) il rappresentante designato dal Consiglio dei comuni ai sensi dell'articolo 20, comma 3;
- h) il Direttore della Ripartizione provinciale Politiche sociali ⁽⁸⁶⁾;

i) un rappresentante delle case di cura private ⁽⁸⁷⁾.

6. Lo specialista clinico o il libero professionista deve essere nominato dall'Ordine dei medici.

7. Qualora vengano trattati argomenti riguardanti l'ingegneria clinica, l'edilizia sanitaria, la medicina e la pediatria di base, il comitato è integrato da un esperto in ingegneria clinica, un esperto in edilizia sanitaria, un rappresentante dei medici di medicina generale e un rappresentante dei pediatri di libera scelta, ciascuno per l'ambito di propria competenza, con diritto di voto. Se il medico libero professionista componente il comitato è un medico di base o un pediatra di base, il comitato non deve essere integrato per queste due discipline ⁽⁸⁸⁾.

8. Il comitato è nominato dalla Giunta provinciale e rimane in carica per un triennio. Le funzioni di segretario sono svolte da un impiegato della Ripartizione provinciale sanità, di qualifica funzionale non inferiore alla sesta.

(86) Comma sostituito dall'*art. 21, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

(87) Lettera aggiunta dall'*art. 9, comma 7, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(88) Comma così sostituito dall'*art. 9, comma 8, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 43

Commissione provinciale per la promozione della qualità.

[1. È istituita la Commissione provinciale per la promozione della qualità delle attività sanitarie, quale organo tecnico-scientifico dell'amministrazione provinciale in materia di promozione ed indirizzo delle attività di sviluppo della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

2. La commissione concorre al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) diffondere le conoscenze e le esperienze relative alla promozione della qualità delle attività sanitarie;

b) rendere concretamente operanti le modalità di promozione della qualità nel sistema sanitario.

3. Spetta alla commissione provinciale per la promozione della qualità delle attività sanitarie:

a) promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie erogate da istituzioni pubbliche e private operanti in provincia di Bolzano;

b) supportare metodologicamente le attività destinate al potenziamento della qualità strutturale, della qualità dei processi e della qualità dei risultati;

- c) iniziare, implementare e valutare progetti di qualità aventi valenza provinciale;
- d) promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari in materia di verifica e revisione della qualità;
- e) elaborare indicatori per misurare i livelli qualitativi raggiunti;
- f) definire e monitorare gli standard di qualità per favorire la "best practice" da una parte e per effettuare dall'altra una valutazione anche comparativa delle strutture eroganti;
- g) monitorare l'adeguatezza delle prestazioni;
- h) definire percorsi diagnostici e terapeutici che si basano sulle metodologie EBM e EBN;
- i) promuovere le iniziative volte al potenziamento della sicurezza del paziente e, in generale, della qualità percepita dal paziente ⁽⁸⁹⁾.

4. La commissione è composta da:

- a) il Presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Bolzano o un suo delegato, con funzioni di presidente;
- b) il Presidente del Collegio degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici di infanzia della provincia di Bolzano, o un suo delegato;
- c) il Direttore sanitario dell'azienda sanitaria o un suo delegato;
- d) il Direttore tecnico-assistenziale dell'azienda sanitaria o un suo delegato;
- e) un Direttore medico di presidio ospedaliero o un suo sostituto proposti dall'Associazione dei primari;
- f) il direttore della Ripartizione provinciale Sanità o un suo delegato;
- g) un esperto di epidemiologia e statistica sanitaria;
- h) un esperto nel settore della formazione professionale in ambito sanitario;
- i) un esperto nel settore dell'assistenza infermieristica;
- j) un esperto nel settore dell'assistenza farmaceutica;
- k) un medico libero professionista;
- l) il referente per la promozione della qualità dell'azienda sanitaria nonché un referente per ciascun comprensorio sanitario ⁽⁹⁰⁾.

5. La commissione è nominata dalla Giunta provinciale e rimane in carica per la durata della legislatura nel corso della quale è intervenuta la nomina. I membri di cui al comma 4, lettere g), h), i), j) e k), sono designati dall'assessore provinciale alla Sanità, sentito il Comitato provinciale per la

programmazione sanitaria. Le funzioni di segretario sono svolte da un dipendente della Ripartizione provinciale Sanità, di qualifica funzionale non inferiore alla sesta ⁽⁹¹⁾] ⁽⁹²⁾.

(89) Comma sostituito dall'*art. 22, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(90) Comma sostituito dall'*art. 22, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(91) Comma sostituito dall'*art. 22, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(92) Articolo abrogato dall'*art. 14, L.P. 22 gennaio 2010, n. 1.*

Art. 44

Comitato etico provinciale.

1. È istituito il Comitato etico provinciale, quale organo consultivo dell'amministrazione provinciale, al quale compete di esprimere pareri, raccomandazioni ed indirizzi su problemi morali sollevati dall'attività sanitaria e dalla ricerca nei campi della medicina, della tutela della salute e della biologia, sia in riferimento al singolo individuo sia a gruppi sociali ed all'intera società.

2. Il Comitato esprime parere in ordine alle attività sanitarie connesse:

a) alla sperimentazione di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche sull'uomo, fatte salve le competenze dei comitati etici delle aziende sanitarie;

b) alla genetica, procreazione assistita e medicina perinatale;

c) alle donazioni ed ai trapianti di organi e tessuti umani;

d) alla tutela della qualità della vita e della dignità umana del malato con particolare considerazione dei pazienti terminali, minori e disabili;

e) alla terapia del dolore;

f) ad ogni altra attività sanitaria diagnostica o terapeutica che sollevi problematiche etico-morali.

3. Il parere del Comitato deve essere obbligatoriamente acquisito in tutti i casi nei quali i diritti della persona umana possano essere violati dall'attività clinica, dalla ricerca o dalla sperimentazione biomedica.

4. Al Comitato compete inoltre di:

a) fornire indirizzi generali nel campo della sperimentazione clinica condotta nelle strutture sanitarie provinciali;

b) acquisire e valutare i dati e gli atti amministrativi forniti dalle aziende sanitarie in merito alle sperimentazioni cliniche effettuate;

c) elaborare proposte per attività di carattere informativo e formativo sulle tematiche etico-morali connesse alle attività medico-assistenziali.

5. Il Comitato è composto da:

a) tre medici ospedalieri;

b) un medico specialista in medicina legale e delle assicurazioni;

c) un medico di medicina generale;

d) uno psicologo;

e) un rappresentante della categoria infermieristica;

f) un esperto in materia di bioetica;

g) un esperto in materia di bioetica specialista in teologia;

h) un rappresentante delle organizzazioni di tutela degli interessi degli utenti del Servizio sanitario provinciale;

i) un magistrato o un giurista;

j) un assistente religioso ospedaliero;

k) un esperto in statistica;

l) un rappresentante dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della Provincia di Bolzano ⁽⁹³⁾.

6. La Giunta provinciale definisce il funzionamento e la durata del Comitato e ne nomina il presidente, il suo sostituto nonché i componenti di cui al comma 5, lettere a), b), c), d), e), g), i) ed j) su indicazione dei rispettivi ordini o collegi professionali o delle autorità competenti. I membri di cui al comma 5, lettere f) e h) sono scelti dalla Giunta provinciale sulla base di particolari meriti conseguiti in campo bioetico o di tutela degli interessi dell'utenza. Le funzioni di segretario sono svolte da un dipendente della Ripartizione provinciale sanità, di qualifica funzionale non inferiore alla sesta.

7. Al presidente ed al vicepresidente del Comitato etico provinciale spetta un'indennità di funzione. Il compenso per l'attività dei membri del Comitato etico provinciale è corrisposto attraverso gettoni di presenza. L'ammontare dell'indennità di funzione e dei gettoni di presenza è determinato dalla Giunta provinciale ⁽⁹⁴⁾.

8. Il Comitato etico provinciale predispone, nell'ambito delle risorse finanziarie annualmente previste per la sua attività, un programma di lavoro che viene approvato dalla Giunta provinciale ⁽⁹⁵⁾.

(93) Lettera aggiunta dall'art. 44 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.

(94) Comma aggiunto dall'art. 44 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.

(95) Comma aggiunto dall'art. 44 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.

Art. 45

Comitato civico per la sanità.

1. È istituito presso la Ripartizione provinciale sanità il Comitato civico per la sanità quale organo consultivo dell'amministrazione provinciale.

2. Il Comitato civico per la sanità viene sentito in merito al Piano sanitario provinciale, alla partecipazione ai costi nel settore sanitario e ad altre questioni nell'ambito sanitario che gli vengono sottoposte dalla Giunta provinciale.

3. Il Comitato civico per la sanità è composto da:

a) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

b) due rappresentanti delle organizzazioni economiche;

c) due rappresentanti delle aziende sanitarie;

d) un rappresentante della ripartizione provinciale sanità;

e) il difensore civico;

f) tre rappresentanti delle organizzazioni di volontariato operanti nel territorio provinciale;

g) un rappresentante dell'Ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Bolzano;

h) un rappresentante del Collegio degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici di infanzia della provincia di Bolzano;

i) un rappresentante delle organizzazioni per la tutela dei consumatori;

j) un rappresentante dei comuni.

4. Il Comitato civico per la sanità è nominato dalla Giunta provinciale e rimane in carica per la durata della legislatura. Il comitato civico nomina il Presidente ed il suo sostituto, scegliendoli tra i propri membri. Le funzioni di segretario sono svolte da un impiegato della Ripartizione provinciale sanità, di qualifica funzionale non inferiore alla sesta.

Art. 45-bis

Commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico del servizio sanitario provinciale.

1. La commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico è istituita per la consulenza tecnica e scientifica alla Giunta provinciale in merito alla realizzazione del riordino clinico ed alla promozione dello sviluppo clinico nella Provincia autonoma di Bolzano.

2. La commissione esprime parere obbligatorio su tutti i provvedimenti della Giunta provinciale in tema di riordino e sviluppo clinico. Esprime altresì parere obbligatorio sugli aspetti clinici del piano sanitario provinciale, con particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria.

3. La commissione è composta da:

a) un dirigente medico in possesso dei requisiti per direttore sanitario, con funzioni di presidente;

b) il direttore della Ripartizione provinciale Sanità;

c) il direttore della Ripartizione provinciale Politiche sociali;

d) il direttore sanitario dell'azienda sanitaria;

e) il direttore tecnico-assistenziale dell'azienda sanitaria;

f) il direttore amministrativo dell'azienda sanitaria o un direttore di comprensorio;

g) il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia autonoma Bolzano-Alto Adige;

h) il vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia autonoma Bolzano-Alto Adige;

i) tre rappresentanti dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia autonoma Bolzano-Alto Adige, di cui due esperti in Health Technology Assessment, Evidence based Medicine -medicina basata sulle evidenze;

j) il presidente del Collegio Infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia autonoma Bolzano-Alto Adige;

k) sei rappresentanti delle professioni sanitarie, di cui tre del settore infermieristico, uno del settore riabilitativo, uno del settore della prevenzione ed uno del settore tecnico-sanitario;

l) un rappresentante delle associazioni dei pazienti;

m) un rappresentante delle organizzazioni per la tutela dei consumatori;

n) un medico di medicina generale;

o) cinque rappresentanti dell'ambito clinico dei comprensori sanitari, di cui un medico specialista nell'area igiene e salute pubblica ed un rappresentante degli ospedali di base ⁽⁹⁶⁾.

4. I membri della commissione di cui al comma 3, lettere k), n) e o), sono nominati su proposta delle organizzazioni sindacali della provincia di Bolzano dell'ambito sanitario.

5. La rappresentanza dei quattro comprensori sanitari è garantita tramite i membri di cui al comma 3, lettere i) e o).

6. La commissione ed il presidente sono nominati dalla Giunta provinciale e rimangono in carica per cinque anni.

7. Il presidente della commissione appartiene ad uno dei due gruppi linguistici al quale non appartiene il direttore sanitario dell'azienda sanitaria.

8. All'interno della Ripartizione provinciale Sanità è nominato il gruppo di progetto per il coordinamento delle attività propedeutiche, di supporto, monitoraggio e valutazione della realizzazione del riordino e sviluppo clinico. ⁽⁹⁷⁾

(96) Lettera così sostituita dall'*art. 9, comma 9, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(97) Articolo aggiunto dall'*art. 11, comma 4, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6*.

TITOLO VI

Personale

Art. 46

Disciplina della dirigenza medica, della dirigenza sanitaria non medica nonché delle professioni sanitarie. ⁽⁹⁸⁾

1. La dirigenza sanitaria è collocata in unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali ⁽⁹⁹⁾.

2. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica del diretto superiore, sono progressivamente ampliati. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite è responsabile del risultato ⁽¹⁰⁰⁾.

3. All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura. Al dirigente con cinque anni di attività possono essere attribuiti incarichi di natura

professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché incarichi di responsabile di strutture semplici ⁽¹⁰¹⁾.

4. Il dirigente è sottoposto a valutazione annuale del diretto superiore. In caso di valutazione negativa da parte del diretto superiore o su ricorso dell'interessato, questi è sottoposto a valutazione da parte del nucleo di valutazione. Tutti i dirigenti sono, inoltre, sottoposti a valutazione triennale da parte del collegio tecnico riguardo la qualità delle prestazioni tecnico-professionali. Il dirigente con funzione di alta specialità, con incarico di responsabile di struttura semplice, di direttore di struttura complessa e di direttore di dipartimento, è sottoposto a valutazione al termine dell'incarico sia dal nucleo di valutazione che dal collegio tecnico. Alla fine di ogni anno solare viene portata a conoscenza del superiore gerarchicamente preposto una relazione scritta in ordine agli obiettivi concordati all'inizio dell'anno. Questi può contestare in qualsiasi momento l'insoddisfacente espletamento dei compiti affidati nonché il mancato raggiungimento degli obiettivi. In caso di valutazione negativa, l'interessato può presentare la propria presa di posizione al nucleo di valutazione, che emette un parere in merito. In caso di parere negativo da parte del nucleo di valutazione l'interessato viene anche sottoposto a valutazione dal collegio tecnico. Il Direttore di comprensorio sanitario rispettivamente il Direttore generale, ove confermino la valutazione negativa, revocano la nomina del dirigente con funzione di alta specialità, del responsabile rispettivamente direttore. I componenti del nucleo di valutazione e del collegio tecnico devono possedere la padronanza della lingua italiana e tedesca sia orale che scritta ⁽¹⁰²⁾.

Il nucleo di valutazione è nominato dal Direttore generale ed è composto da tre membri, di cui uno scelto dal Direttore generale, uno scelto tra una rosa di candidati proposti dal consiglio dei sanitari e un esperto nominato dall'Assessore provinciale alla Sanità. Il collegio tecnico è nominato dal Direttore generale ed è composto da tre membri, di cui uno scelto dal Direttore generale, uno scelto tra una rosa di candidati proposti dal consiglio dei sanitari e un esperto scelto fra direttori del Servizio Sanitario Nazionale o fra professori universitari, anche provenienti da paesi membri dell'Unione Europea. Il nucleo di valutazione e il collegio tecnico hanno durata triennale. ⁽¹⁰³⁾

5. Ai dirigenti sanitari con incarico di direttore sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per garantire interventi appropriati con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata.

Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il diretto superiore. In caso di valutazione negativa si applica il comma 4. ⁽¹⁰⁴⁾

6. Alla dirigenza sanitaria ed agli incarichi di direttore si accede in conformità alla disciplina vigente di settore per concorso pubblico o tramite selezione, fermo restando che i contratti collettivi di comparto di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti, in godimento alla data di entrata in vigore della presente legge.

7. Sia alla direzione territoriale che alla direzione del Servizio di medicina di base delle aziende sanitarie possono accedere, qualora alla selezione indetta per la copertura delle direzioni stesse i candidati non siano risultati idonei, anche medici di medicina generale con un'esperienza professionale almeno decennale, che siano inoltre in possesso di un attestato di formazione manageriale.

8. L'attestato di formazione manageriale deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione entro un anno dall'inizio dell'incarico. Il mancato superamento del primo corso, attivato dall'amministrazione provinciale successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale organizzato dall'amministrazione; i dirigenti già confermati nell'incarico sono esonerati dal possesso dell'attestato di formazione manageriale.

(98) Comma sostituito dall'*art. 23, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(99) Comma sostituito dall'*art. 45 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

(100) Comma sostituito dall'*art. 45 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

(101) Comma sostituito dall'*art. 45 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

(102) Periodo aggiunto dall'*art. 43, comma 2, L.P. 10 giugno 2008, n. 4.*

(103) Comma sostituito dall'*art. 23, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

(104) Comma sostituito dall'*art. 23, comma 2, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 47

Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura.

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 5, comma 2, disciplina l'attribuzione al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario, al Direttore tecnico-assistenziale, ai Direttori di comprensorio sanitario, ai dirigenti amministrativi coordinatori, ai Direttori medici coordinatori, ai dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori, ai Direttori medici di area territoriale e di presidio ospedaliero, ai dirigenti tecnico-assistenziali nonché ai Direttori di distretto, di dipartimento e a tutti gli altri dirigenti responsabili di struttura, dei compiti per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano aziendale e nel piano sanitario provinciale, comprese, per i Direttori, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 48 e, per la dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, delle disposizioni di cui alla *legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*, e successive modifiche ⁽¹⁰⁵⁾

(105) Articolo sostituito dall'*art. 24, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 48

Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura.

1. Gli incarichi di cui all'articolo 46, comma 3, sono attribuiti, a tempo determinato, dal Direttore di comprensorio sanitario, tenuto conto delle valutazioni di cui al comma 4 dello stesso articolo. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo.
2. Il conferimento dell'incarico di dirigente sanitario con incarico di direttore deve avvenire nel rispetto delle norme sulla ripartizione dei posti secondo la consistenza dei tre gruppi linguistici, quale risulta dall'ultimo censimento ufficiale della popolazione, con riferimento all'ambito territoriale provinciale. All'atto dell'indizione della selezione dei Direttori medici la Giunta provinciale esprime l'intesa, limitatamente alla ripartizione proporzionale dei posti tra i tre gruppi linguistici.
3. L'incarico di dirigente sanitario con incarico di direttore viene conferito, previo avviso da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e nel Bollettino Ufficiale della Regione Trentino-Alto Adige, dal Direttore generale, d'intesa con il relativo Direttore di comprensorio sanitario, sulla base di una rosa di candidati selezionati da un'apposita commissione. La commissione è nominata dal Direttore di comprensorio sanitario ed è composta dal Direttore sanitario o suo delegato e da due esperti nella disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno nominato dal Consiglio dei sanitari.
4. La composizione della commissione deve adeguarsi alla consistenza dei tre gruppi linguistici, quale risulta dall'ultimo censimento ufficiale della popolazione, con riferimento all'ambito territoriale provinciale. Uno dei tre membri può appartenere anche al gruppo linguistico ladino.
5. Nel caso di assoluta impossibilità di nominare una commissione composta ai sensi del comma 4, l'Assessore provinciale alla Sanità può derogare alle norme sulla consistenza dei gruppi linguistici.
6. Ai membri esterni alla Provincia autonoma di Bolzano, anche provenienti da paesi dell'Unione Europea, componenti delle commissioni esaminatrici per il conferimento e il rinnovo degli incarichi di dirigente sanitario con incarico di direttore presso l'azienda sanitaria ed esperti nella disciplina, spetta oltre alle indennità di missione e di viaggio un compenso lordo il cui ammontare è determinato dalla Giunta provinciale.
7. Gli incarichi di dirigente sanitario con incarico di direttore hanno una durata da cinque a sette anni. Al termine dei singoli incarichi il Direttore generale può, d'intesa con il Direttore di comprensorio sanitario e previo parere positivo del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, procedere al rinnovo degli stessi per un periodo non inferiore a due anni oppure conferire nuovi incarichi mediante la procedura di cui al comma 3.
8. Gli incarichi dirigenziali sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi provinciali di lavoro, in caso di:
 - a) inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento;
 - b) mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati;
 - c) responsabilità grave e reiterata;

d) mancato superamento del periodo di prova previsto;

e) in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro.

9. Nei casi di maggiore gravità, il Direttore generale, d'intesa con il Direttore del comprensorio sanitario, può recedere dal contratto di lavoro secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi di lavoro.

10. In caso di assenza, impedimento o nei casi di urgenza, la sostituzione del dirigente sanitario con incarico di direttore è effettuata da un dirigente dello stesso reparto o servizio, scelto dal responsabile della struttura stessa e nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria d'intesa con il Direttore del comprensorio sanitario.

11. In caso di vacanza del posto di dirigente sanitario con incarico di direttore e in assenza del sostituto di cui al comma 10, in attesa del conferimento dell'incarico, le relative mansioni sono assegnate con provvedimento del Direttore generale dell'azienda sanitaria, d'intesa con il Direttore del comprensorio sanitario, a un dirigente scelto tra quelli dello stesso reparto o servizio per un periodo massimo di otto mesi. Qualora il posto di dirigente sanitario con incarico di direttore non venga coperto per carenza di candidati idonei, l'assegnazione delle mansioni superiori può essere prorogata fino all'espletamento dei concorsi per l'accesso alla direzione, e comunque per non più di ulteriori otto mesi.

12. In caso di vacanza del posto, l'espletamento delle funzioni di dirigente sanitario con incarico di direttore non dà titolo per i primi due mesi ad alcun compenso aggiuntivo.

13. Per il periodo di nomina a Direttore sanitario di un direttore medico, le sue funzioni di direzione e organizzazione della struttura di provenienza possono essere conferite ad altro medico secondo la procedura prevista dal comma 3.⁽¹⁰⁶⁾

(106) Articolo sostituito dall'*art. 25, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 49

Governo e gestione della formazione continua in sanità⁽¹⁰⁷⁾.

1. Il sistema di formazione continua in sanità prevede l'istituzione dei seguenti organi collegiali:

a) la Conferenza provinciale per il governo della formazione continua in sanità, come organismo strategico, d'indirizzo e di garanzia del sistema della formazione continua in sanità. La Conferenza è composta da un massimo di 15 membri, rappresentanti della Ripartizione Sanità della Provincia, dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e degli ordini e collegi professionali;

b) la Commissione provinciale per la formazione continua CME, come organismo tecnico scientifico con il compito di accreditamento delle strutture di formazione continua (provider). La Commissione è composta da un massimo di cinque esperti nell'ambito della formazione ed è presieduta da un rappresentante della Ripartizione Sanità della Provincia.

2. La composizione e il funzionamento degli organismi di cui al comma 1 nonché le modalità di consultazione dei rappresentanti delle categorie professionali interessate sono disciplinati con regolamento di esecuzione, in osservanza dei principi stabiliti dalla normativa statale.

(107) Articolo prima modificato dall'*art. 48, L.P. 15 novembre 2002, n. 14*, dall'*art. 26, L.P. 28 luglio 2003, n. 12* e dall'*art. 22, comma 4, L.P. 8 aprile 2004, n. 1* e poi così sostituito dall'*art. 10, comma 1, L.P. 17 gennaio 2011, n. 1*.

Art. 50

Norme transitorie in materia concorsuale.

1. A far data dal primo giorno del mese successivo all'entrata in vigore della presente legge il personale medico e laureato non medico appartenente al ruolo sanitario, già appartenente alle posizioni funzionali di dirigente di I e II livello dirigenziale, è inquadrato nel ruolo unico dirigenziale.

2. Per la durata di tre anni dall'entrata in vigore della presente legge il ruolo unico dirigenziale è articolato in due fasce economiche: fascia A e fascia B. Alla fascia A corrisponde l'ex II livello dirigenziale e l'ex 1 livello dirigenziale di fascia A; alla fascia B corrisponde l'ex I livello dirigenziale di fascia B. Dalla data di cui al comma 1 è avviata la contrattazione collettiva di comparto ai sensi dell'articolo 46.

3. Dalla data dell'inquadramento, al personale con il trattamento economico di fascia B viene attribuito il trattamento economico di fascia A, a condizione che sia in possesso della specializzazione nella disciplina corrispondente al posto ricoperto ovvero sia in possesso dell'anzianità di cinque anni di servizio effettivo, escluso il periodo di formazione, maturato dalla data di inquadramento in ruolo definitivo nella medesima disciplina. Il personale già appartenente alla posizione funzionale iniziale, che a tale data non è in possesso del predetto requisito, matura il diritto al trattamento economico di fascia A a far data dal primo giorno del mese successivo al conseguimento della specializzazione o dell'anzianità come sopra richiesta. Fino a tale data continuerà a percepire il trattamento economico di fascia B.

4. Per il personale delle discipline di anestesia e rianimazione, radiologia, medicina nucleare, radio-diagnostica, radioterapia e neuroradiologia il passaggio in fascia A è consentito solo previo conseguimento della specializzazione nella medesima disciplina. Al personale che alla data di entrata in vigore della presente legge è in servizio con incarico a tempo determinato o con incarico di supplenza spetta il trattamento economico di fascia A o di fascia B alle condizioni previste per il personale di ruolo.

5. Ai concorsi pubblici per l'accesso alla dirigenza sanitaria di fascia economica A, banditi nelle singole discipline, sono ammessi i candidati in possesso del relativo diploma di specializzazione. Sono ammessi altresì i candidati in possesso del diploma di specializzazione in una disciplina equipollente o affine ⁽¹⁰⁸⁾.

5-bis. Per la durata di cinque anni dall'entrata in vigore della presente legge è possibile l'assunzione a tempo determinato dei dirigenti sanitari nella fascia economica B, per urgenti ed improrogabili esigenze di servizio, nonché per le assunzioni relative alle sostituzioni ⁽¹⁰⁹⁾ ⁽¹¹⁰⁾.

6. La disciplina di cui ai commi 5 e 5-bis trova applicazione in quanto compatibile con le previsioni dei vigenti contratti collettivi. Al personale assunto mediante concorso bandito entro il 31 marzo 2006 viene attribuito il trattamento economico di cui al comma 2. In caso di assunzione viene comunque data la precedenza al personale in possesso della specializzazione nella relativa disciplina o in quella equipollente o affine ⁽¹¹¹⁾.

(108) Comma sostituito dall'*art. 5, comma 1, della L.P. 3 luglio 2006, n. 6.*

(109) Comma aggiunto dall'*art. 5, comma 2, della L.P. 3 luglio 2006, n. 6.*

(110) Per la proroga della norma transitoria di cui al presente comma vedi l'*art. 9, comma 10, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(111) Comma aggiunto dall'*art. 22, comma 5, della L.P. 8 aprile 2004, n. 1* e successivamente così sostituito dall'*art. 5, comma 3, della L.P. 3 luglio 2006, n. 6.*

Art. 51

Norme transitorie per la direzione dei servizi per le tossicodipendenze.

[1. In provincia di Bolzano, i posti di dirigente responsabile delle attività dei servizi per le tossicodipendenze (SERT) sono conferiti entro il 30 giugno 2001, mediante concorsi per titoli, al personale di ruolo che, alla data di entrata in vigore della presente legge eserciti già tali funzioni dal 1° gennaio 1993, sulla base di incarichi formalizzati dall'azienda sanitaria, sia in possesso dei requisiti per il conseguimento della qualifica apicale nel profilo professionale di appartenenza, ove è titolo anche il diploma di specializzazione di cui alla *legge provinciale 13 novembre 1995, n. 22*, e che abbia prestato la propria attività presso il SERT, o strutture equipollenti del Servizio sanitario provinciale comunque operanti nel settore delle tossicodipendenze, per almeno sei anni.] ⁽¹¹²⁾

(112) Articolo abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 51-bis

Personale.

1. Il personale in servizio presso le aziende sanitarie è trasferito all'azienda sanitaria di cui all'articolo 5.

2. Il passaggio del personale, in ottemperanza all'articolo 2112 del codice civile, comporta il mantenimento dei trattamenti economici e normativi previsti dai vigenti contratti collettivi.

3. Il trasferimento di cui al comma 1 non comporta la modifica della sede di servizio del personale stesso.

TITOLO VII

Modifiche ed integrazioni di leggi provinciali in materia di sanità

Art. 52

Modifica alla legge provinciale 29 dicembre 1976, n. 61, recante "Disciplina del servizio farmaceutico nella provincia di Bolzano".

1. L'articolo 2 della legge provinciale 29 dicembre 1976, n. 61 è così sostituito:

... ⁽¹¹³⁾.

2. L'articolo 3 della legge provinciale 29 dicembre 1976, n. 61, è così sostituito:

... ⁽¹¹⁴⁾.

3. I commi 1 e 2 dell'articolo 5 della legge provinciale 29 dicembre 1976, n. 61, sono così sostituiti:

... ⁽¹¹⁵⁾.

(113) Testo riportato in modifica alla *L.P. 29 dicembre 1976, n. 61*.

(114) Testo riportato in modifica alla *L.P. 29 dicembre 1976, n. 61*.

(115) Testo riportato in modifica alla *L.P. 29 dicembre 1976, n. 61*.

Art. 53

Modifica alla legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, recante "Provvedimenti concernenti gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordomuti".

1. L'articolo 10 della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, è così sostituito:

... ⁽¹¹⁶⁾ .

2. Dopo l'articolo 10 della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, è inserito il seguente articolo:

... ⁽¹¹⁷⁾ .

3. I commi 1 e 2 dell'articolo 14-bis della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, sono così sostituiti:

... ⁽¹¹⁸⁾ .

(116) Testo riportato in modifica alla L.P. 21 agosto 1978, n. 46.

(117) Testo riportato in modifica alla L.P. 21 agosto 1978, n. 46.

(118) Testo riportato in modifica alla L.P. 21 agosto 1978, n. 46.

Art. 54

Modifica alla legge provinciale 7 dicembre 1982, n. 39, recante "Disciplina per l'apertura e l'esercizio dei laboratori privati di analisi a scopo diagnostico".

1. L'articolo 4 della legge provinciale 7 dicembre 1982, n. 39, è così sostituito:

... ⁽¹¹⁹⁾ .

(119) Testo riportato in modifica alla L.P. 7 dicembre 1982, n. 39.

Art. 55

Modifica alla legge provinciale 28 giugno 1983, n. 19, recante "Disposizioni per l'attuazione del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, in materia di procedure concorsuali e di disciplina del rapporto d'impiego del personale delle Unità Sanitarie Locali".

1. L'articolo 2 della legge provinciale 28 giugno 1983, n. 19, è così sostituito:

... ⁽¹²⁰⁾ .

(120) Testo riportato in modifica alla *L.P. 28 giugno 1983, n. 19*.

Art. 56

Modifica alla legge provinciale 17 agosto 1987, n. 21 recante "L'istituzione del servizio di pronto soccorso con eliambulanze".

1. *L'articolo 3 della legge provinciale 17 agosto 1987, n. 21, è così sostituito:*

... ⁽¹²¹⁾ .

(121) Testo riportato in modifica alla *L.P. 17 agosto 1987, n. 21*.

Art. 57

Modifica alla legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, recante "Piano sanitario provinciale 1988-1991".

1. Al comma 1 dell'*articolo 21 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33*, dopo le parole "è corrisposto" è aggiunta la parola "mensilmente".

2. *L'articolo 1 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, è così sostituito:*

... ⁽¹²²⁾ .

3. Il comma 1-bis dell'*articolo 21 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33*, è così sostituito:

... ⁽¹²³⁾ .

4. Dopo il comma 1-quater dell'*articolo 21 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33*, è aggiunto il seguente comma:

... ⁽¹²⁴⁾ .

5. Dopo il comma 2 dell'*articolo 21 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33*, è aggiunto il seguente comma:

... ⁽¹²⁵⁾ .

6. *L'articolo 30 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, è così sostituito:*

... ⁽¹²⁶⁾ .

(122) Testo riportato in modifica alla *L.P. 18 agosto 1988, n. 33*.

(123) Testo riportato in modifica alla *L.P. 18 agosto 1988, n. 33*.

(124) Testo riportato in modifica alla *L.P. 18 agosto 1988, n. 33*.

(125) Testo riportato in modifica alla *L.P. 18 agosto 1988, n. 33*.

(126) Testo riportato in modifica alla *L.P. 18 agosto 1988, n. 33*.

Art. 58

Modifica alla legge provinciale 17 novembre 1988, n. 48, recante "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di distribuzione dei farmaci e di vigilanza sulle farmacie".

1. Dopo l'*articolo 1 della legge provinciale 17 novembre 1988, n. 48*, è inserito il seguente articolo:

... ⁽¹²⁷⁾ .

2. Dopo il comma 1 dell'*articolo 1-bis della legge provinciale 17 novembre 1988, n. 48*, è inserito il seguente comma:

... ⁽¹²⁸⁾ .

(127) Testo riportato in modifica alla *L.P. 17 novembre 1988, n. 48*.

(128) Comma aggiunto dall'*art. 5, comma 1 della L.P. 26 luglio 2002, n. 11*. Testo riportato in modifica alla *L.P. 17 novembre 1988, n. 48*.

Art. 59

Modifica alla legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1, recante "Norme sull'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e medicina legale".

1. Il comma 2 dell'*articolo 5 della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1* è così sostituito:

... ⁽¹²⁹⁾ .

2. Il comma 3 dell'*articolo 6 della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1*, e successive modifiche, è così sostituito:

... ⁽¹³⁰⁾ .

3. Dopo il comma 3 dell'*articolo 6 della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1*, e successive modifiche, sono inseriti i seguenti commi:

... ⁽¹³¹⁾ .

4. Dopo il comma 8 dell'*articolo 6 della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1*, e successive modifiche, è aggiunto il seguente comma:

... ⁽¹³²⁾ .

(129) Testo riportato in modifica alla *L.P. 13 gennaio 1992, n. 1*.

(130) Testo riportato in modifica alla *L.P. 13 gennaio 1992, n. 1*.

(131) Testo riportato in modifica alla *L.P. 13 gennaio 1992, n. 1*.

(132) Testo riportato in modifica alla *L.P. 13 gennaio 1992, n. 1*.

Art. 60

Modifica alla legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1, recante "Riordinamento della struttura dirigenziale amministrativa, tecnica e professionale delle Aziende speciali Unità Sanitarie Locali".

1. La rubrica dell'*articolo 21 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*, è così sostituita:

... ⁽¹³³⁾ .

2. Dopo il comma 1 dell'*articolo 21 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*, è inserito il seguente comma:

... ⁽¹³⁴⁾ .

(133) Testo riportato in modifica alla *L.P. 4 gennaio 2000, n. 1*.

(134) Testo riportato in modifica alla *L.P. 4 gennaio 2000, n. 1*.

Art. 61

Modifica alla legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77, e successive modifiche, recante "Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani".

1. La rubrica dell'*articolo 13 della legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77*, è così sostituita:

... (135) .

2. L'*articolo 13 comma 1 della legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77* e successive modifiche, è così sostituito:

... (136) .

(135) Testo riportato in modifica alla *L.P. 30 ottobre 1973, n. 77*.

(136) Testo riportato in modifica alla *L.P. 30 ottobre 1973, n. 77*.

Art. 62

Contributi di specializzazione o di pratica a favore di coloro che si preparano ad un profilo professionale del ruolo sanitario per il quale sia richiesto il diploma di laurea.

1. Al comma 2 dell'*articolo 6 della legge provinciale 3 gennaio 1986, n. 1*, sono abrogate le parole "sentito il Consiglio provinciale di sanità".

2. Dopo il comma 2 dell'*articolo 6 della legge provinciale 3 gennaio 1986, n. 1*, è inserito il seguente comma:

... (137) .

(137) Testo riportato in modifica alla *L.P. 3 gennaio 1986, n. 1*.

Art. 63

Modifica alla legge provinciale 7 dicembre 1978, n. 69, recante "Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione delle forme di devianza sociale, tossicodipendenza ed alcoolismo".

1. Dopo il comma 7 dell'*articolo 12 della legge provinciale 7 dicembre 1978, n. 69*, e successive modifiche, è aggiunto il seguente comma:

... (138) .

(138) Testo riportato in modifica alla *L.P. 7 dicembre 1978, n. 69*.

Art. 64

Modifica alla legge provinciale 29 luglio 1992, n. 30, recante "Nuove norme sulla gestione delle Unità sanitarie locali".

1. Il comma 1 dell'*articolo 13 della legge provinciale 29 luglio 1992, n. 30*, è così sostituito: "

... ⁽¹³⁹⁾ .

2. L'*articolo 15 della legge provinciale 29 luglio 1992, n. 30*, è così sostituito:

... ⁽¹⁴⁰⁾ .

(139) Testo riportato in modifica alla *L.P. 29 luglio 1992, n. 30*.

(140) Testo riportato in modifica alla *L.P. 29 luglio 1992, n. 30*.

TITOLO VIII

Disposizioni transitorie, finali e finanziarie

Capo I

Disposizioni transitorie

Art. 65

Nomina a incarichi dirigenziali.

1. Il Direttore generale, il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario nonché il Direttore di comprensorio sanitario devono produrre il certificato di frequenza del corso di cui all'articolo 8, comma 4, e di cui all'articolo 11, commi 2 e 5, entro tre anni dalla rispettiva nomina.

2. Per un periodo di cinque anni dalla costituzione dell'azienda sanitaria il Direttore tecnico-assistenziale può anche essere nominato tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 12-bis, comma 6, e coloro che al momento dell'entrata in vigore della presente legge erano inquadrati nella posizione di esperto infermieristico tecnico-sanitario o esercitavano le funzioni di Direttore tecnico-assistenziale ⁽¹⁴¹⁾

(141) Articolo sostituito dall'*art. 27, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 65-bis

Organizzazione dipartimentale dell'azienda sanitaria.

1. I dipartimenti già istituiti dalle quattro aziende sanitarie esistenti alla data di entrata in vigore del presente articolo non dovranno essere nuovamente istituiti.⁽¹⁴²⁾

(142) Articolo aggiunto dall'*art. 28, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 65-ter

Ambito territoriale dei comprensori.

1. Fino alla ridefinizione dei rispettivi ambiti territoriali ai sensi dell'articolo 12-ter, comma 2, i comprensori sanitari operano negli ambiti territoriali stabiliti anteriormente all'entrata in vigore della presente legge per le aziende sanitarie soppresse alla data di cui all'articolo 65-quinquies.⁽¹⁴³⁾

(143) Articolo aggiunto dall'*art. 28, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 65-quater

Norma transitoria per i comitati etici.

1. I comitati etici già istituiti alla data di entrata in vigore della presente legge continuano a esercitare le loro funzioni fino alla loro rinomina.⁽¹⁴⁴⁾

(144) Articolo aggiunto dall'*art. 28, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 65-quinquies
Costituzione dell'azienda sanitaria

1. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta provinciale adotta gli indirizzi per l'assunzione degli atti necessari alla costituzione dell'azienda sanitaria e alla nomina del Direttore generale. Ai fini della prima nomina del Direttore generale e dei Direttori di comprensorio sanitario il termine previsto dal comma 1 dell'articolo 8 è ridotto a dieci giorni. Il Direttore generale dell'azienda sanitaria provvede all'adozione degli atti organizzativi necessari al funzionamento dell'azienda stessa.
2. L'acquisizione delle risorse necessarie per l'attività preparatoria all'avvio dell'azienda sanitaria è assicurata, fino al 31 dicembre 2006, tramite gestione separata nell'ambito dei servizi interaziendali dell'azienda sanitaria di Bolzano, il cui Direttore generale svolge, su richiesta del Direttore generale dell'azienda sanitaria, la funzione di provveditore. Il Direttore generale dell'azienda sanitaria può altresì avvalersi delle strutture organizzative, del personale e delle risorse delle aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico.
3. L'azienda sanitaria entra in funzione alla data del 1° gennaio 2007. Le aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono soppresse alla data del 31 dicembre 2006.
4. Il Direttore generale, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo delle rispettive aziende sanitarie esercitano le proprie funzioni fino alla data di cui al comma 3 e sono responsabili dell'adozione dei relativi atti, della predisposizione del bilancio di esercizio relativo all'ultimo periodo di competenza nonché dell'adempimento di tutti gli obblighi comunicativi e di dichiarazione previsti dalle vigenti norme in materia fiscale, previdenziale ed assistenziale.
5. Fatto salvo quanto previsto dal comma 3, il compimento degli adempimenti di cui al comma 4 potrà essere protratto per un periodo di sei mesi successivi alla soppressione delle aziende sanitarie.
6. I collegi dei revisori dei conti delle aziende sanitarie soppresse restano in carica per l'assolvimento dei propri compiti sino all'approvazione da parte della Giunta provinciale del bilancio relativo all'ultimo periodo di competenza.
7. Il patrimonio iniziale dell'azienda sanitaria è costituito dai patrimoni delle aziende sanitarie soppresse secondo la consistenza esistente alla data del 31 dicembre 2006, così come determinata dalla Giunta provinciale. Il trasferimento del patrimonio delle soppresse aziende sanitarie all'azienda sanitaria avverrà secondo i valori contabili. La relativa deliberazione della Giunta provinciale costituisce titolo per la trascrizione degli stessi nei rispettivi registri ai sensi dell'*articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche.
8. Con l'entrata in funzione dell'azienda sanitaria i servizi bancari di cui all'*articolo 15 della legge provinciale 5 novembre 2001, n. 14*, saranno accentrati presso un'unica banca ovvero più banche associate.
9. La Giunta provinciale definirà le risorse finanziarie da destinare all'azienda sanitaria per l'esercizio relativo all'anno 2007.
10. La Giunta provinciale può istituire apposite gestioni aventi il compito di curare l'amministrazione di determinati rapporti o funzioni facenti capo alle aziende sanitarie soppresse, che non vengono trasferiti all'azienda sanitaria.

11. Il Direttore generale dell'azienda sanitaria adotta tutti i provvedimenti necessari all'assunzione del patrimonio, come definito dal provvedimento della Giunta provinciale di cui al comma 7, e di tutti i rapporti giuridici trasferiti all'azienda sanitaria stessa. L'azienda sanitaria subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende sanitarie soppresse, attuali e futuri e comunque riconducibili alle aziende sanitarie stesse, a decorrere dalla data di cui al comma 3.

12. I Direttori generali delle soppresse aziende sanitarie possono essere nominati dalla Giunta provinciale Direttori di comprensorio sanitario o commissari liquidatori delle aziende sanitarie soppresse. Essi possono altresì essere nominati coordinatori ai sensi del comma 13 ovvero ottenere incarichi di particolare importanza strategica nell'ambito dell'azienda sanitaria.

13. I Direttori amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie soppresse possono essere nominati, rispettivamente, coordinatori amministrativi o sanitari dei comprensori sanitari ovvero ottenere incarichi di particolare importanza strategica nell'ambito dell'azienda sanitaria.

14. I Direttori tecnico-assistenziali delle aziende sanitarie soppresse possono essere nominati dirigenti tecnico-assistenziali coordinatori dei comprensori sanitari ovvero ottenere incarichi di particolare importanza strategica nell'ambito dell'azienda sanitaria.

15. Nei casi di cui ai commi 12, 13 e 14 i Direttori manterranno il trattamento economico in godimento e la scadenza del precedente contratto. In caso di mancata nomina viene loro riconosciuto un indennizzo nella misura equivalente agli emolumenti spettanti fino alla scadenza contrattuale originariamente prevista, dedotti gli interessi legali.

16. I Direttori medici che alla data della soppressione delle aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico svolgono la funzione di Direttore medico di presidio ospedaliero e che non sono in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 14, comma 5, possono essere riconfermati per una durata massima di cinque anni ⁽¹⁴⁵⁾.

17. Fino ad una nuova regolamentazione in sede di contrattazione collettiva, per assicurare i servizi sanitari possono essere applicate fra i comprensori sanitari le convenzioni di cui all'articolo 50, comma 1, lettera a), del vigente contratto collettivo intercompartimentale e di comparto per l'area del personale medico e medico-veterinario.

18. Il riferimento alle soppresse aziende sanitarie contenuto in tutte le norme vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge si intende riferito all'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano. Il Direttore generale può delegare ai comprensori sanitari, in tutto o in parte, le funzioni o gli obblighi amministrativi che derivano dalle citate norme vigenti. Tuttavia, qualora gli stessi siano direttamente collegati con le funzioni o gli obblighi amministrativi del direttore di comprensorio sanitario, essi competono a quest'ultimo. ⁽¹⁴⁶⁾

(145) Per la proroga delle disposizioni di cui al presente comma vedi l'*art. 9, comma 11, L.P. 13 maggio 2011, n. 3*, entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

(146) Articolo aggiunto dall'*art. 28, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 65-sexies

Norma transitoria per incarichi dirigenziali.

1. In caso di comprovata necessità, la durata del contratto dei direttori di comprensorio, dei coordinatori amministrativi e dei coordinatori sanitari in servizio all'entrata in vigore della presente legge può essere prorogata da parte del Direttore generale dell'Azienda sanitaria per una sola volta fino alla fine dell'anno 2008, previa intesa con la Giunta provinciale ⁽¹⁴⁷⁾.

(147) Articolo aggiunto dall'*art. 43, comma 3, L.P. 10 giugno 2008, n. 4.*

Art. 66

Requisiti per la nomina del direttore del servizio tecnico-assistenziale ⁽¹⁴⁸⁾.

[1. In mancanza di candidati in possesso dei requisiti di cui all'articolo 12-bis, commi 7 e 8, possono essere conferiti incarichi di durata annuale rinnovabile a personale inquadrato nella posizione funzionale operatore professionale-coordinatore con almeno cinque anni di servizio nella medesima funzione e con esperienza di coordinamento infermieristico, tecnico-sanitario o riabilitativo ⁽¹⁴⁹⁾.]
(150)

(148) Rubrica sostituita dall'*art. 49 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14.*

(149) Comma modificato dall'*art. 39, comma 6 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1.*

(150) Articolo abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 67

Laboratorio interaziendale di microbiologia e virologia.

1. Il Laboratorio di igiene e profilassi, sezione medico-micrografica, trasferito quale struttura operativa all'Azienda sanitaria di Bolzano, assume la denominazione di "Laboratorio interaziendale di microbiologia e virologia dell'Ospedale centrale" ed ha competenza nei settori della parassitologia, batteriologia, virologia umana e relativa sierologia.

2. Al Laboratorio interaziendale di microbiologia e virologia è preposto un dirigente di secondo livello nella disciplina specifica.

3. In seguito all'istituzione del Laboratorio interaziendale di microbiologia e virologia, il Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia dell'Ospedale centrale assume la

denominazione di "Laboratorio di biochimica clinica", il quale ha competenza nei settori di biochimica clinica, ematologia e farmacocinetica.

Art. 68

Servizio di ingegneria clinica ed altri servizi interaziendali.

1. Il Piano sanitario provinciale definisce la struttura del Servizio di ingegneria clinica e ne disciplina le funzioni e i rapporti nell'ambito delle aziende sanitarie, nonché nei confronti di altri servizi e uffici provinciali.

[2. La Giunta provinciale può prevedere l'istituzione di altri servizi tecnici interaziendali ai fini di realizzare opportune sinergie.]⁽¹⁵¹⁾

(151) Comma abrogato dall'art. 33, comma 1, lett. cc), della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 69

Eventuale nomina dei Direttori generali, sanitari e amministrativi delle sopresse aziende sanitarie.

1. Nei casi di cui all'articolo 65-quinquies, commi 12 e 13, il superamento dell'esame previsto all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 19 ottobre 1977, n. 846, vale anche ai fini del requisito di cui all'articolo 8, comma 3 e all'articolo 11, comma 7, della presente legge.⁽¹⁵²⁾

(152) Articolo sostituito dall'art. 29, comma 1, della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 69-bis

Continuità dei servizi sanitari.

1. Fino a diversa disposizione del Direttore generale, i Direttori di comprensorio sanitario provvedono, ciascuno per il proprio ambito territoriale, alla gestione dei servizi sanitari e amministrativi, tecnici e professionali nonché dei servizi interaziendali istituiti al 31 dicembre 2006 nelle aziende sanitarie sopresse. I Direttori di comprensorio sanitario si avvalgono all'uopo dei dirigenti preposti ai citati servizi alla data del 31 dicembre 2006.

2. I Direttori generali delle aziende sanitarie soppresse provvedono alle incombenze di cui al comma 1 fino alla nomina dei Direttori di comprensorio sanitario ⁽¹⁵³⁾.

(153) Articolo sostituito dall'*art. 30, comma 1, della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

Art. 70

Proroga della carica dei Consigli dei sanitari.

[1. I Consigli dei sanitari nominati presso le aziende sanitarie ai sensi dell'*articolo 4 della legge provinciale 10 novembre 1993, n. 22*, restano in carica e svolgono le loro piene funzioni sino al loro rinnovo ai sensi dell'*articolo 19.*] ⁽¹⁵⁴⁾

(154) Articolo abrogato dall'*art. 33, comma 1, lett. cc), della L.P. 2 ottobre 2006, n. 9.*

TITOLO VIII

Disposizioni transitorie, finali e finanziarie

Capo II

Disposizioni finali

Art. 71

Dotazione organica dell'area sociale.

1. La dotazione organica del personale di ogni singola azienda sanitaria afferente le figure professionali operanti nell'area sociale è determinata, su proposta della stessa, con deliberazione della Giunta provinciale.

Art. 72

Autista soccorritore e soccorritore volontario.

1. Il programma di formazione dell'autista soccorritore e del soccorritore volontario è disciplinato con deliberazione della Giunta provinciale.

Art. 73

Formazione dell'operatore socio-sanitario.

1. Il programma di formazione dell'operatore socio-sanitario è disciplinato dalla Giunta provinciale.
 2. La durata ed i contenuti della formazione, nel rispetto dei contenuti e requisiti minimi di cui alla normativa statale, vengono integrati con ulteriori tematiche ed indirizzi in base allo sviluppo della formazione ed al fabbisogno dei servizi socio-sanitari della Provincia autonoma di Bolzano.
-

Art. 73-bis

Formazione del calzolaio ortopedico.

1. Il possesso del diploma di calzolaio ortopedico autorizza alla produzione secondo regola d'arte di scarpe ortopediche e di dispositivi protesici riguardanti il piede fino all'altezza del ginocchio, secondo la prescrizione del medico competente.
 2. La durata e i contenuti della formazione sono stabiliti dalla Giunta provinciale⁽¹⁵⁵⁾ ⁽¹⁵⁶⁾.
-

(155) Articolo aggiunto dall'*art. 39, comma 2 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1.*

(156) Per la regolamentazione dell'esame di abilitazione professionale di calzolaio ortopedico si veda la *Delib.G.P. 14 aprile 2008, n. 1247.*

Art. 73-ter

Massaggiatore e massofisioterapista.

1. È istituito il profilo professionale sanitario del massaggiatore/massofisioterapista.
2. I contenuti e la durata della formazione del massaggiatore/massofisioterapista sono disciplinati dalla Giunta provinciale, con deliberazione da pubblicarsi sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. I diplomi o attestati di qualifiche professionali analoghe a quelle di massaggiatore/massofisioterapista di cui al comma 2, acquisite a partire dal 1° gennaio 1996 in Italia o all'estero, si considerano, ai fini dell'esercizio professionale nelle strutture sanitarie e limitatamente all'ambito del territorio provinciale, equipollenti a quelli ottenuti ai sensi del comma 2. ⁽¹⁵⁷⁾

(157) Articolo aggiunto dall'*art. 19, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10*. Successivamente la Corte costituzionale, con sentenza 13-28 dicembre 2006, n. 449 (Gazz. Uff. 3 gennaio 2007, n. 1 - prima serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'*art. 19, L.P. n. 10 del 2005*.

Art. 74

Equipollenza di titoli di studio.

1. Ai sensi dell'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica del 22 gennaio 1980, n. 197, è istituita una commissione tecnica che esprime un parere sull'equipollenza dei diplomi o attestati di qualifiche professionali sanitarie non mediche, conseguiti nei paesi dell'area culturale tedesca.

2. La commissione è nominata dalla Giunta provinciale ed è composta da:

- a) il direttore dell'Ufficio formazione del personale sanitario con funzioni di presidente,
- b) un esperto in materia di riconoscimento dei titoli di studio nel settore sanitario,
- c) un rappresentante del settore dell'assistenza infermieristica,
- d) un rappresentante del settore della riabilitazione,
- e) un rappresentante del settore della tecnica sanitaria.

3. La Giunta provinciale fissa i criteri per il procedimento di rilascio della dichiarazione di equipollenza.

Art. 75

Somme riscosse a titolo di ticket.

1. Le somme riscosse ai sensi degli articoli 35 e 36 affluiscono in entrata ai bilanci delle rispettive aziende sanitarie erogatrici delle prestazioni di assistenza. Di dette somme si deve tener conto nella determinazione della quota di assegnazione del Fondo sanitario provinciale.

Art. 75-bis

Presidi sanitari a pazienti post acuti.

1. L'azienda sanitaria può mettere a disposizione gratuitamente a pazienti post acuti residenti in provincia di Bolzano, dopo la dimissione da una struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata, presidi sanitari per il periodo di convalescenza.
2. Il presidio può essere prescritto anche dal personale infermieristico e fisioterapista dell'azienda, utilizzando un apposito modulo.
3. L'azienda sanitaria provvede alla copertura assicurativa dei danni che possono derivare agli assistiti o a terzi dal malfunzionamento dei presidi correttamente utilizzati. ⁽¹⁵⁸⁾

(158) Articolo aggiunto dall'*art. 11, comma 6, della L.P. 23 luglio 2007, n. 6.*

Art. 76

Trasferimento di competenze alle aziende sanitarie.

1. L'espletamento del trasporto d'urgenza e del trasporto di malati può essere affidato all'"Associazione provinciale di soccorso Croce Bianca" e all'organizzazione territorialmente competente della "Croce Rossa Italiana" ⁽¹⁵⁹⁾.

1-bis. Le aziende sanitarie, nel rispetto dei principi e delle direttive approvati dalla Giunta provinciale, stabiliscono le modalità per l'espletamento del trasporto d'urgenza e del trasporto di malati. A tal fine devono essere rispettati i seguenti requisiti:

a) il servizio, indipendentemente dall'economicità del concreto intervento, è da prestare sull'intero territorio, 24 ore su 24, con personale qualificato, in maniera efficiente e con la stessa qualità sull'intero territorio provinciale;

b) le organizzazioni affidatarie del trasporto d'urgenza e del trasporto di malati sono obbligate a partecipare, in caso di necessità e senza pregiudizio di detti servizi, ad interventi di protezione civile e ad interventi in caso di catastrofi;

c) la domanda di trasporto d'urgenza e di trasporto di malati deve essere in ogni momento coperta pienamente. Se le citate organizzazioni non sono evidentemente in grado di coprire questa domanda, può essere rilasciata una relativa autorizzazione ad altre istituzioni ed imprese;

d) le entrate provenienti dal trasporto di malati devono contribuire a coprire i costi del trasporto d'urgenza. ⁽¹⁶⁰⁾

2. Le aziende sanitarie provvedono, per gli iscritti al Servizio sanitario provinciale, al pagamento delle spese di assistenza ospedaliera erogata in Austria ai sensi del Piano sanitario provinciale ed ai rimborsi delle spese di prestazioni ospedaliere che secondo le disposizioni vigenti possono essere erogate in forma indiretta.

3. Le aziende sanitarie provvedono altresì ad esperire le azioni di recupero delle spese sanitarie e possono stipulare a tal fine convenzioni con le imprese assicuratrici. I relativi importi sono introitati sul bilancio delle aziende sanitarie.

4. I tempi e le modalità di passaggio alle aziende sanitarie delle funzioni di cui ai commi 1, 2 e 3, le relative modalità tecnico-organizzative nonché il contingente del personale all'uopo necessario sono stabiliti dalla Giunta provinciale.

5. Il personale provinciale adibito all'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1, 2 e 3 in servizio alla data stabilita dalla Giunta provinciale ai sensi del comma 4, può optare di rimanere in servizio presso la Provincia entro 30 giorni dalla data di adozione del relativo provvedimento da parte della Giunta provinciale. L'inquadramento del personale amministrativo trasferito avviene nel rispetto del trattamento retributivo pensionabile in godimento, escluse eventuali indennità collegate con l'espletamento di determinate funzioni.

(159) Comma sostituito dall'*art. 15, comma 1 della L.P. 26 luglio 2002, n. 11* e poi così sostituito dall'*art. 20, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10*.

(160) Comma aggiunto dall'*art. 20, comma 2, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10*.

Art. 77

Associazionismo delle aziende sanitarie.

1. Ferma restando la rispettiva autonomia gestionale, per l'acquisto, la fornitura e l'approvvigionamento di beni di largo consumo e servizi preventivamente individuati e al fine di trarre benefici economici sui prezzi, nonché per garantire sul piano territoriale uniformità di qualità e di specialità nei beni e servizi forniti, le aziende sanitarie possono associarsi, anche con enti di altre regioni italiane nonché di altri paesi europei, per accentrare la fornitura in un unico rapporto contrattuale ⁽¹⁶¹⁾.

2. Nel caso di progetti individuati dalla Giunta provinciale sulla base di esigenze di coordinamento o del valore delle forniture, queste possono essere curate dall'amministrazione provinciale, con la possibilità di prevedere forme miste di finanziamento fra Provincia e aziende sanitarie ovvero curate in forma associativa tra Provincia e aziende sanitarie ⁽¹⁶²⁾.

3. La Giunta provinciale emana direttive per il funzionamento delle associazioni di cui ai commi precedenti ⁽¹⁶³⁾.

(161) Comma sostituito dall'*art. 21, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10.*

(162) Comma sostituito dall'*art. 39, comma 7 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1.*

(163) Comma aggiunto dall'*art. 39, comma 8 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1.*

Art. 78

Collaborazione tra aziende sanitarie e soggetti di diritto pubblico e privato.

1. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e perseguire gli obiettivi fissati dal Piano sanitario provinciale, le aziende sanitarie della provincia di Bolzano sono autorizzate, per lo svolgimento di compiti istituzionali, a costituire e a partecipare a società di capitale nonché ad attuare modelli gestionali e apposite forme contrattuali ⁽¹⁶⁴⁾.

2. Il contratto societario può essere stipulato con soggetti di diritto pubblico, anche austriaci, e di diritto privato, anche appartenenti all'Unione Europea, a condizione che all'azienda sanitaria sia riservata almeno la metà del capitale sociale.

3. L'atto costitutivo deve informarsi ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale;

b) definire la durata della collaborazione;

c) prevedere in capo all'azienda sanitaria il diritto di prelazione sull'acquisto in caso di cessione delle quote o di aumento di capitale;

d) prevedere la destinazione di eventuali utili e la responsabilità della copertura delle eventuali perdite;

e) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

f) definire le competenze, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti contraenti pubblici e privati;

g) escludere il ricorso a forme contrattuali di appalto o subappalto per la fornitura di servizi direttamente connessi all'assistenza alla persona.

(164) Comma sostituito dall'*art. 39, comma 9 della L.P. 9 gennaio 2003, n. 1.*

Art. 78-bis

Sistema informativo sanitario territoriale.

1. In relazione a quanto previsto dal articolo 30, comma 3, al fine di agevolare una programmazione finalizzata ai bisogni dei cittadini ed una gestione efficiente dei servizi, è attivato il Sistema informativo sanitario territoriale.

2. Il sistema informativo sanitario territoriale è preposto al coordinamento dei sistemi informativi attivati dai soggetti del Servizio sanitario provinciale, nei cui confronti la Provincia fissa direttive e protocolli tecnici di funzionamento.

3. Il sistema informativo sanitario territoriale persegue le seguenti finalità:

a) fornisce alle strutture del Servizio sanitario provinciale il necessario supporto per il corretto funzionamento dei servizi da queste ultime erogate;

b) garantisce alla Provincia un flusso di informazioni in grado di consentire un adeguato svolgimento della propria attività di programmazione, di indirizzo e di controllo;

c) in accordo con le altre strutture sanitarie, offre ai cittadini ed agli operatori del Servizio sanitario provinciale dati ed informazioni sull'attività svolta e sulle prestazioni erogate ai fini di educazione sanitaria, partecipazione e controllo;

d) consente alla Provincia e agli altri soggetti del Servizio sanitario provinciale di soddisfare il debito informativo, imposto da norme di legge e regolamentari, nei confronti dei vari soggetti istituzionali che vantano tale credito come: Ministero della Sanità, Ministero del Tesoro, Istat.

4. Il sistema informativo sanitario territoriale, costituisce inoltre:

a) l'infrastruttura tecnologica necessaria ad attivare la tessera sanitaria personale da rilasciare a ciascun soggetto avente diritto a godere dei servizi sanitari provinciali;

b) l'infrastruttura tecnologica necessaria ad attivare, d'intesa con le aziende sanitarie e i servizi specialistici competenti, i servizi di telemedicina;

c) l'infrastruttura tecnologica necessaria ad attivare, d'intesa con le aziende sanitarie e i servizi specialistici competenti, la cartella clinica elettronica;

d) l'infrastruttura tecnologica dell'Osservatorio epidemiologico provinciale.

5. Le attività di cui al comma 3 sono svolte unicamente attraverso l'utilizzo di dati anonimi in modo che gli stessi non siano associati ad alcun interessato identificato o identificabile.

6. Le strutture sanitarie che si avvalgono del sistema informativo sanitario territoriale trattano i dati personali relativi ai compiti e ai servizi prestati solo nell'ambito del proprio distinto ambito o sistema informativo locale. Le medesime strutture possono tuttavia avvalersi, per la comunicazione di dati personali ad altri organismi, nei casi e nei limiti previsti dalla *legge n. 675/1996* e successive modificazioni, di modalità tecniche standard, anche di sicurezza dei dati, definite con regolamenti della Giunta provinciale, sulla base di una consultazione delle categorie interessate, su conforme

parere del Garante per la protezione dei dati personali e in accordo con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per le questioni loro pertinenti ⁽¹⁶⁵⁾.

(165) Articolo aggiunto dall'*art. 26 della L.P. 28 luglio 2003, n. 12.*

Art. 79

Gestione di centri di prevenzione, comunità terapeutiche e centri di riabilitazione.

1. La Giunta provinciale è autorizzata a partecipare alla costituzione di istituzioni di diritto privato per la gestione di centri di prevenzione, comunità terapeutiche e centri finalizzati alla riabilitazione e al recupero di particolari categorie di persone.
 2. Lo statuto dell'istituzione deve assicurare l'accesso alle strutture ed ai servizi agli enti locali, alle organizzazioni di volontariato ed alle associazioni operanti nel settore, nonché un'adeguata rappresentanza della Provincia negli organi sociali e di controllo.
 3. In attesa dell'emanazione di un'apposita legge atta a disciplinare l'intera materia, la Giunta provinciale stabilisce le modalità di assegnazione di beni immobili, delle attrezzature e degli arredamenti necessari alle istituzioni di cui al comma 1.
 4. La Giunta provinciale è autorizzata a versare alle istituzioni di cui al comma 1, oltre alla quota sociale statutariamente prevista, anche un contributo annuo per la gestione dei centri di prevenzione, delle comunità terapeutiche e dei centri di riabilitazione. Previo parere degli organi consultivi competenti, tale contributo può essere versato in via anticipata, nella misura massima del 50 per cento di quello indicato nel bilancio di previsione dell'istituzione.
 5. Su proposta delle aziende sanitarie, la Giunta provinciale può autorizzare altre forme di gestione delle strutture di cui al comma 1, in forma di collaborazione fra le aziende medesime e associazioni di volontariato. Il finanziamento dell'attività avviene sulla base delle prestazioni definite in appositi progetti e piani di produzione e nell'ambito dei finanziamenti fissati annualmente e dei relativi trasferimenti alle aziende sanitarie medesime.
-
-

Art. 80

Mobilità degli assistiti residenti nella Provincia di Bolzano.

[1. Per le prestazioni specialistiche ed ospedaliere, l'assistito è libero di accedere a qualsiasi struttura sanitaria del territorio della provincia, pubblica o privata accreditata con cui siano stati stipulati appositi accordi contrattuali. Le spese per l'erogazione di dette prestazioni fanno carico al bilancio dell'azienda sanitaria nel cui ambito territoriale è residente l'assistito. La Provincia

autonoma di Bolzano provvede alla compensazione in sede di riparto del Fondo sanitario provinciale. Per le prestazioni non soggette a compensazione della mobilità sanitaria si procede sulla base di direttive impartite dall'Assessore provinciale alla sanità.] ⁽¹⁶⁶⁾

(166) Articolo abrogato dall'art. 33, comma 1, lett. cc), della *L.P. 2 ottobre 2006, n. 9*.

Art. 81

Concessione di contributi.

1. La Giunta provinciale è autorizzata a concedere contributi, sussidi e sovvenzioni a favore di soggetti pubblici e privati operanti nel settore della sanità per il raggiungimento o il sostegno degli obiettivi del Piano sanitario provinciale nonché dei progetti obiettivo e delle azioni programmate ad esso conformi ⁽¹⁶⁷⁾.

2. La Giunta provinciale è autorizzata a concedere alle associazioni di soccorso convenzionate un contributo straordinario per la copertura dei disavanzi dell'anno 2001, a fronte della presentazione di un piano di riequilibrio finanziario da approvare dalla Giunta provinciale ⁽¹⁶⁸⁾.

(167) Si vedano la *Delib.G.P. 18 dicembre 2000, n. 4816*, la *Delib.G.P. 17 settembre 2001, n. 3199*, la *Delib.G.P. 28 dicembre 2001, n. 4744*, la *Delib.G.P. 12 gennaio 2004, n. 43*, la *Delib.G.P. 5 dicembre 2005, n. 4714*, la *Delib.G.P. 4 dicembre 2006, n. 4520*, la *Delib.G.P. 18 dicembre 2006, n. 4837* e la *Delib.G.P. 17 dicembre 2007, n. 4485*.

(168) Comma aggiunto dall'art. 5, comma 2 della *L.P. 26 luglio 2002, n. 11*.

Art. 82

Norme abrogate.

1. Sono abrogate tutte le disposizioni incompatibili con la presente legge, ed in particolare restano comunque abrogate le seguenti disposizioni di legge:

a) la *legge provinciale 23 giugno 1973, n. 14*, e successive modifiche;

b) la *legge provinciale 10 ottobre 1975, n. 51*;

c) gli *articoli 1, 2, 3, 4, 6 e 8, comma 1, della legge provinciale 23 ottobre 1975, n. 52*;

d) gli *articoli 1, 2, 7, 8, 9, 10, 10-bis, 13, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35 e 36 della legge provinciale 25 giugno 1976, n. 25*;

- e) la *legge provinciale 29 luglio 1978, n. 38*;
- f) la *legge provinciale 23 marzo 1979, n. 1*;
- g) la *legge provinciale 9 maggio 1980, n. 10*;
- h) la *legge provinciale 16 maggio 1980, n. 11*;
- i) la *legge provinciale 20 giugno 1980, n. 20*;
- j) *gli articoli 3, 19, 20, 22, 23, 32, 33, 34, 35, 36 e 37 della legge provinciale 2 gennaio 1981, n. 1*;
- k) la *legge provinciale 26 febbraio 1981, n. 5*;
- l) la *legge provinciale 18 giugno 1981, n. 13*;
- m) *gli articoli 1, 6, 7, 9 e 10 della legge provinciale 8 aprile 1982, n. 12*;
- n) *l'articolo unico della legge provinciale 14 aprile 1982, n. 13*;
- o) la *legge provinciale 14 aprile 1982, n. 14*;
- p) la *legge provinciale 1 giugno 1982, n. 21*;
- q) la *legge provinciale 11 marzo 1983, n. 8*;
- r) *gli articoli 2, 22, 23, 28, comma 7, 29 e 50 della legge provinciale 30 giugno 1983, n. 20, e successive modifiche*;
- s) la *legge provinciale 26 luglio 1983, n. 25*;
- t) *gli articoli 1 e 4 della legge provinciale 18 agosto 1983, n. 30*;
- u) la *legge provinciale 18 agosto 1983, n. 34*;
- v) la *legge provinciale 25 ottobre 1983, n. 39*;
- w) *gli articoli 4, 13, 19 e 21 della legge provinciale 5 gennaio 1984, n. 1*;
- x) la *legge provinciale 22 ottobre 1984, n. 13*;
- y) la *legge provinciale 2 luglio 1985, n. 10*;
- z) *il comma 3 dell'articolo 4 della legge provinciale 17 agosto 1987, n. 21*;
- aa) *l'articolo 2 della legge provinciale 3 gennaio 1986, n. 2*;
- bb) *gli articoli 5 e 6 della legge provinciale 17 agosto 1987, n. 21*;
- cc) *l'articolo 7 della legge provinciale 12 maggio 1988, n. 19*;

dd) la *legge provinciale 19 dicembre 1988, n. 62*;

ee) *gli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33 e 34 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33*;

ff) *gli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 e 11 della legge provinciale 29 luglio 1992, n. 30*;

gg) *l'articolo 4 della legge provinciale 10 novembre 1993, n. 22*;

hh) *gli articoli 2 e 3 della legge provinciale 19 dicembre 1994, n. 13*;

ii) *l'articolo 11 della legge provinciale 13 novembre 1995, n. 22*;

jj) *l'articolo 7-bis della legge provinciale 26 agosto 1993, n. 14, inserito con l'articolo 28 della legge provinciale 30 gennaio 1997, n. 1*;

kk) *l'articolo 8 della legge provinciale 27 dicembre 1993, n. 28, sostituito dall'articolo 19 della legge provinciale 9 giugno 1998, n. 5*;

ll) *l'articolo 22 della legge provinciale 9 agosto 1999, n. 7*;

[mm) *il comma 5 dell'articolo 16 della legge provinciale 4 gennaio 2000, n. 1*] ⁽¹⁶⁹⁾;

nn) *il comma 13 dell'articolo 26 della legge provinciale 17 febbraio 2000, n. 7*.

(169) Lettera abrogata dall'*art. 50 della L.P. 15 novembre 2002, n. 14*.

Art. 83

Trasferimento di competenze in relazione al parere del Consiglio provinciale di sanità.

1. Nel comma 1 dell'*articolo 37 della legge provinciale 25 giugno 1976, n. 25*, sono abrogate le parole "*,* previo parere del Consiglio provinciale di sanità*,*".

2. Nel comma 2 dell'*articolo 37 della legge provinciale 25 giugno 1976, n. 25*, le parole "*Per il parere di cui al precedente comma, il Consiglio provinciale di sanità,*" sono sostituite con le parole "*Per l'autorizzazione di cui al primo comma, l'Ufficio competente*".

3. Nel comma 2 dell'*articolo 1 della legge provinciale 10 dicembre 1976, n. 53*, sono abrogate le parole "*,* su proposta del Consiglio provinciale di sanità*".*

4. Nel comma 2 dell'*articolo 11 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 4 settembre 1979, n. 36*, sono abrogate le parole "*,* previo parere del Consiglio provinciale di sanità in merito alla corrispondenza del titolo estero a quello previsto dal precedente articolo 2 ed in merito al fabbisogno di tali qualifiche per il raggiungimento degli scopi di cui alla *legge provinciale 22 dicembre 1975, n. 56* e per gli scopi riabilitativi in particolare*".*

5. L'autorizzazione, già di competenza della Giunta provinciale ai sensi dell'*articolo 6 della legge provinciale 2 gennaio 1981, n. 1*, ad aprire, ampliare, trasformare ed esercitare case di cura, stabilimenti termali, ambulatori di terapia fisica, laboratori di analisi, radiodiagnostica ed affini, e di cui al *Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265*, è rilasciata sentito, in caso di deroga ai requisiti previsti dalla normativa vigente, il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria.

Art. 84

Testi unici delle leggi provinciali e regolamentari in materia di sanità.

1. Al fine di armonizzare e rendere organico l'ordinamento sanitario provinciale e riunire le norme delle leggi provinciali sanitarie in un testo unico, la Giunta provinciale entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge presenta in Consiglio provinciale un relativo disegno di legge
 2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del testo unico di cui al comma 1, la Giunta provinciale approva un testo unico regolamentare in materia di sanità.
-
-

TITOLO VIII

Disposizioni transitorie, finali e finanziarie

Capo III

Disposizioni finanziarie

Art. 85

Norma finanziaria.

1. Alla copertura della maggiore spesa derivante dalla presente legge, stimata il lire 6 miliardi per l'esercizio finanziario in corso e in lire 9 miliardi all'anno per gli anni 2002 e 2003, si provvede nel modo seguente: per l'anno 2001 mediante utilizzo di una quota di 6 miliardi del fondo globale per far fronte ad oneri derivanti da nuovi provvedimenti legislativi - spese correnti (cap. 102115) di cui al punto 1 dell'allegato n. 3 al bilancio di previsione dell'esercizio 2001; per gli anni 2002 e 2003 mediante utilizzo di corrispondenti quote dello stanziamento previsto alla sezione 10, settore 10.2, lettera b.1) del bilancio per il triennio 2001-2003.
2. Per le finalità di cui al comma 2 dell'articolo 81 è autorizzata a carico dell'esercizio finanziario 2002 (cap. 52428) la spesa di 2.700.000 euro ⁽¹⁷⁰⁾.

3. La disposizione di cui all'articolo 4-bis non comporta spese a carico dell'esercizio finanziario 2005. La spesa a carico degli anni successivi sarà stabilita con legge finanziaria annuale ⁽¹⁷¹⁾

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Provincia.

(170) Comma aggiunto dall'*art. 5, comma 3 della L.P. 26 luglio 2002, n. 11.*

(171) Comma aggiunto dall'*art. 22, comma 1, della L.P. 18 novembre 2005, n. 10.*